

N° 1703

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958
DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 juin 2004.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION SPÉCIALE CHARGÉE D'EXAMINER LE PROJET DE
LOI (n° 1675) *relatif à l'assurance maladie*,

Président,
M. YVES BUR,

Rapporteur,
M. JEAN-MICHEL DUBERNARD,

Députés.

SOMMAIRE

Pages

| | |
|--|-----------|
| INTRODUCTION | 11 |
| I.- LE PROJET DE LOI VISE D'ABORD A PROMOUVOIR LA QUALITE DES SOINS ET A RESPONSABILISER LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE..... | 15 |
| A. L'AUGMENTATION DE LA QUALITE ET UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SOINS SONT LES OBJECTIF PREMIERS DU PROJET DE LOI..... | 15 |
| 1. La qualité accrue des soins passe par une coordination et une continuité renforcées | 15 |
| <i>a) Une meilleure coordination des soins doit être assurée.....</i> | <i>16</i> |
| <i>b) La continuité des soins doit être garantie</i> | <i>17</i> |
| 2. Promouvoir la qualité impose d'impliquer davantage les professionnels de santé | 17 |
| <i>a) L'évaluation des pratiques</i> | <i>18</i> |
| <i>b) Le respect de référentiels et de protocoles</i> | <i>18</i> |
| <i>c) Le travail en filières et en réseaux.....</i> | <i>18</i> |
| 3. Les établissements de santé seront incités à améliorer la qualité de leurs soins..... | 19 |
| B. LES PATIENTS DEVRONT CHANGER LEURS COMPORTEMENTS | 19 |
| 1. Le partage de l'information médicale est favorisé | 19 |
| 2. L'encadrement des soins apportés aux patients atteints d'affections de longue durée est renforcé | 20 |
| 3. Le médecin traitant est au cœur de la coordination des soins | 20 |
| 4. L'information des assurés sur l'offre de soins est améliorée | 21 |
| C. LA RESPONSABILISATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DOIT PERMETTRE DE MIEUX LUTTER CONTRE LES DÉPENSES INUTILES | 21 |
| 1. Les sanctions des comportements abusifs ou frauduleux doivent être renforcées | 21 |
| <i>a) La sécurisation de la carte Vitale.....</i> | <i>21</i> |
| <i>b) La mise en place d'un dispositif gradué de sanction des professionnels de santé et des usagers.....</i> | <i>22</i> |
| <i>c) L'institution d'une procédure de récupération des prestations indues..</i> | <i>23</i> |
| 2. Des leviers efficaces sont mis en place pour améliorer la gestion des indemnités journalières | 23 |

- a) Une action ciblée sur les plus gros prescripteurs d'arrêts de travail 24
- b) Un contrôle plus efficace des assurés..... 24
- 3. Le bon usage des médicaments est vigoureusement encouragé24
 - a) La poursuite du développement des génériques 24
 - b) La mise en place de conditionnements mieux adaptés 25
 - c) L'amélioration de la qualité des pratiques et de l'information des praticiens 25

II.- UNE NOUVELLE GOUVERNANCE AU SERVICE D'UN SYSTEME DE SANTE PLUS EFFICIENT 27

- A. UN MEILLEUR PILOTAGE DE L'ASSURANCE MALADIE 27
 - 1. L'indispensable clarification des responsabilités des différents acteurs...27
 - a) Des interactions préjudiciables 27
 - b) La réaffirmation des compétences de l'Etat 28
 - c) **Une modification de l'équilibre entre les institutions de l'assurance maladie tendant à confier un rôle essentiel aux partenaires sociaux**..... 29
 - 2. Un renforcement de la structuration des exécutifs de l'assurance maladie30
 - 3. Une meilleure coordination des régimes de base30
 - 4. Un pilotage financier plus crédible31
- B. L'ATTRIBUTION À L'ASSURANCE MALADIE DE RESPONSABILITES ACCRUES DANS SON CHAMP D'ACTION TRADITIONNEL 32
 - 1. La Haute autorité de santé : une expertise scientifique indispensable à la prise de décision32
 - a) L'évaluation médicale de l'ensemble des actes, des produits et des prestations de santé 32
 - b) La promotion des bonnes pratiques et l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des assurés 33
 - c) L'appui de l'Institut des données de santé..... 33
 - 2. Des pouvoirs de l'assurance maladie étendus en matière de remboursement des dépenses34
 - 3. Une compétence confortée dans le champ conventionnel.....35
 - a) Une nécessaire modernisation du cadre conventionnel 35
 - b) Une responsabilisation renforcée des acteurs du champ conventionnel..... 36
- C. UNE ORGANISATION ET UNE GESTION PLUS COHERENTES DE L'ENSEMBLE DU SYSTEME DE SOINS 37

III.- QUALITE ET GOUVERNANCE, RENFORCEES PAR DES MESURES FINANCIERES, PERMETTRONT D'ASSAINIR LES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE..... 43

- A. L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS PERMETTRONT DES ECONOMIES CONSIDERABLES.. 43
 - 1. Des économies liées à une dépense de soins plus efficiente43
 - a) Le choix d'une maîtrise médicalisée des dépenses de soins..... 43

| | |
|--|------------|
| b) <i>La réforme du mode de financement des établissements de santé devrait graduellement porter ses effets</i> | 44 |
| c) <i>Des gisements d'économies importants du côté des produits de santé</i> | 44 |
| 2. Des économies résultant d'un meilleur contrôle et d'une gestion plus efficace..... | 45 |
| a) <i>Un contrôle renforcé</i> | 45 |
| b) <i>Des économies sur les frais financiers</i> | 45 |
| B. UN EFFORT FINANCIER EQUITABLEMENT REPARTI..... | 46 |
| 1. Une nécessaire participation de l'utilisateur pour favoriser un juste recours aux soins..... | 46 |
| a) <i>La création d'une contribution forfaitaire pour chaque consultation et chaque acte médical</i> | 46 |
| b) <i>L'augmentation du forfait hospitalier</i> | 49 |
| 2) Des recettes nouvelles servant le redressement financier | 49 |
| TRAVAUX DE LA COMMISSION | 53 |
| I.- AUDITION DES MINISTRES | 53 |
| II.- DISCUSSION GÉNÉRALE | 77 |
| III.- EXAMEN DES ARTICLES | 87 |
| <i>Avant l'article 1^{er}</i> | 87 |
| <i>Article 1^{er}</i> (article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale) Principes fondateurs de l'assurance maladie | 89 |
| <i>Après l'article 1^{er}</i> | 96 |
| TITRE I^{ER} DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET A LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE | 101 |
| Section 1 Coordination des soins | 101 |
| <i>Article 2</i> (articles L. 161-31, L. 161-45 à L. 161-47, L. 162-1-1 à L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale) Dossier médical personnel | 101 |
| <i>La nécessité du dossier médical personnel ne fait pas de doute mais n'est pas dépourvue d'ambiguïtés</i> | 103 |
| <i>L'entreprise sera difficile et de nombreuses conditions doivent être remplies</i> | 105 |
| <i>Le nécessaire respect de la protection des données personnelles de santé</i> | 106 |
| Article L. 161-45 du code de la sécurité sociale..... | 107 |
| Article L. 161-46 du code de la sécurité sociale..... | 109 |
| Article L. 161-47 du code de la sécurité sociale..... | 111 |
| <i>Après l'article 2</i> | 121 |
| <i>Article 3</i> (articles L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale) Prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou sévère .. | 122 |
| <i>Avant l'article 4</i> | 130 |
| <i>Article 4</i> (article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale) Médecin traitant | 131 |

| | |
|---|-----|
| <i>Article 5</i> (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale) Dépassements d'honoraires des médecins | 139 |
| <i>Après l'article 5</i> | 145 |
| <i>Article 6</i> (article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale) Accords conventionnels interprofessionnels | 147 |
| Section 2 Qualité des soins | 151 |
| <i>Avant l'article 7</i> | 151 |
| <i>Article 7</i> (articles L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale, L. 6113-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique) Promotion des bonnes pratiques | 153 |
| <i>Après l'article 7</i> | 161 |
| <i>Article 8</i> (article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale) Évaluation et amélioration des pratiques professionnelles médicales | 161 |
| <i>Après l'article 8</i> | 164 |
| <i>Article 9</i> (article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale) Information des assurés | 164 |
| <i>Article 10</i> (article L. 314-1 du code de la sécurité sociale) Liquidation médicalisée | 167 |
| <i>Après l'article 10</i> | 173 |
| Section 3 Recours aux soins | 174 |
| <i>Article 11</i> (articles L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1 et L. 432-1 du code de la sécurité sociale) Création d'une contribution forfaitaire à la charge des assurés | 174 |
| <i>Après l'article 11</i> | 181 |
| <i>Article 12</i> (articles L. 161-31, L. 162-4-3 et L. 162-21 du code de la sécurité sociale) Accès des professionnels de santé aux informations détenues par les caisses d'assurance maladie et contrôle de l'utilisation de la carte Vitale | 181 |
| <i>Article additionnel après l'article 12</i> (article L. 161-31 du code de la sécurité sociale) Communication à l'assuré porteur d'une carte Vitale du coût des prestations et des médicaments dont il bénéficie | 185 |
| <i>Article 13</i> (article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale) Institution de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude des professionnels, des établissements de santé et des assurés | 185 |
| <i>Article 14</i> (article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale) Renforcement du contrôle des prescripteurs de transports ou d'arrêts de travail | 189 |
| <i>Après l'article 14</i> | 192 |
| <i>Article 15</i> (articles L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 321-2 du code de la sécurité sociale) Renforcement du contrôle des bénéficiaires d'indemnités journalières | 192 |
| <i>Article additionnel après l'article 15</i> (article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale) Obligation de passer par le médecin prescripteur initial pour la prolongation d'un arrêt de travail | 195 |
| <i>Article 16</i> (article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale) Institution d'une procédure de récupération d'indus auprès des assurés | 195 |
| <i>Après l'article 16</i> | 198 |
| Section 4 Médicament | 198 |
| <i>Article 17</i> (article L. 5121-1 du code de la santé publique) Elargissement de la définition du générique | 198 |

| | |
|---|------------|
| <i>Après l'article 17</i> | 199 |
| <i>Article 18</i> (articles L. 162-17, L. 162-17-1-1 et L. 162-17-4 et L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale et L. 5123-2 du code de la santé publique) Amélioration de la qualité de la visite médicale et du conditionnement des médicaments | 200 |
| <i>Article additionnel après l'article 18</i> (article L. 126-1-14 du code de la sécurité sociale) Logiciels d'aide à la prescription médicale | 203 |
| <i>Après l'article 18</i> | 203 |
| TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE | 204 |
| Section 1 Haute autorité de santé | 204 |
| <i>Avant l'article 19</i> | 204 |
| <i>Article 19</i> (articles L. 161-37 à L. 161-44 du code de la sécurité sociale) Création de la Haute autorité de santé | 204 |
| Article L. 161-37 nouveau du code de la sécurité sociale Statut et compétences de la Haute autorité de santé | 206 |
| Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale Conditions d'exercice des compétences | 207 |
| Article L. 161-39 du code de la sécurité sociale Organisation en collège et en commissions spécialisées | 208 |
| Article L. 161-40 du code de la sécurité sociale Désignation et durée du mandat des membres du collège | 208 |
| Article L. 161-41 nouveau du code de la sécurité sociale Personnel des services | 209 |
| Article L. 161-42 nouveau du code de la sécurité sociale Règles déontologiques applicables aux membres et au personnel de la HAS | 209 |
| Article L. 161-43 nouveau du code de la sécurité sociale Autonomie financière | 210 |
| Article L. 161-44 nouveau du code de la sécurité sociale Conditions d'application | 210 |
| <i>Article 20</i> (articles L. 165-1 du code de la sécurité sociale, articles L. 4001-1, L. 4001-2, L. 5123-3 à L. 5123-5, L. 5211-5-1 et L. 5311-2 du code de la santé publique) Transfert à la Haute autorité de santé de certaines compétences de l'AFSSAPS | 217 |
| Section 2 Respect des objectifs de dépenses | 219 |
| <i>Avant l'article 21</i> | 220 |
| <i>Article 21</i> (article L. 111-11 du code de la sécurité sociale et article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003) Association des caisses à la préparation du budget de l'assurance maladie | 222 |
| <i>Article 22</i> (articles L. 114-1 et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale) Création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie | 226 |
| Section 3 Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables | 229 |
| <i>Article 23</i> (articles L. 251-4, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale) Fixation par l'UNCAM des taux de remboursement des médicaments et prestations | 229 |

| | |
|--|-----|
| <i>Article 24</i> (article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale) Modalités d'inscription à la nomenclature des actes et prescriptions | 234 |
| <i>Article 25</i> (Articles L. 162-16, L. 162-16-4 à 162-16-6, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L.162-17-7, L. 162-38, L. 165-2 à 165-4 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale et article L. 5126-4 du code de la santé publique) Élargissement des missions du Comité économique des produits de santé | 237 |
| <i>Après l'article 25</i> | 242 |
| <i>Article 26</i> (article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale) Comité de l'hospitalisation | 243 |
| <i>Article 27</i> (articles L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale et L. 6115-4 du code de la santé publique) Sanctions du non-respect des règles de tarification par les établissements de santé | 246 |
| Section 4 Dispositif conventionnel | 248 |
| <i>Article 28</i> (articles L. 162-14-2, L. 162-15, L. 162-15-2, L. 162-5-9 et L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale) Cadre des relations conventionnelles . | 248 |
| <i>Après l'article 28</i> | 253 |
| <i>Article 29</i> (articles L. 162-5-2, L. 162-5-11, L.162-11, L. 162-12-3, L. 162-12-10, L. 162-12-18, L. 162-14-1, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-1-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale, article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins) Dispositif conventionnel d'aides à l'installation et de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux | 253 |
| <i>Article additionnel après l'article 29</i> (article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale) : Contrats dérogatoires destinés à faciliter l'exercice regroupé des professions de santé dans les zones de densité médicale insuffisante | 257 |
| <i>Article additionnel après l'article 29</i> Prolongation des conventions nationales avec les professions de santé | 258 |
| Section 5 Organisation de l'assurance maladie | 258 |
| <i>Avant l'article 30</i> | 258 |
| <i>Article 30</i> (articles L. 221-2 à L. 221-4 du code de la sécurité sociale) Réforme des instances dirigeantes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) | 259 |
| <i>Après l'article 30</i> | 269 |
| <i>Article additionnel après l'article 30</i> Encouragement à la proposition par les partenaires sociaux d'une réforme de la branche accidents du travail et maladies professionnelles | 269 |
| <i>Article 31</i> (articles L. 162-5, L. 162-5-12, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-12-17 à L. 162-12-20, L. 162-14, L. 162-15-4 et L. 162-32-1, articles L. 182-2-1 à L. 182-2-7 et article L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale) Création d'une union nationale des caisses d'assurance maladie et d'une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire | 270 |
| <i>Article L. 182-2-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 271 |
| <i>Article L. 182-2-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 272 |
| <i>Article L. 182-2-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 273 |
| <i>Article L. 182-2-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 273 |
| <i>Article L. 182-2-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 274 |

| | |
|--|------------|
| <i>Article L. 182-2-6 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 274 |
| <i>Article L. 182-2-7 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 275 |
| <i>Article L. 182-3-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale</i> | 275 |
| <i>Article 32</i> (articles L. 242-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, articles 83, 154 <i>bis</i> et 995 du code général des impôts et article 9-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques) Coordination entre l'UNCAM et les organismes de protection sociale complémentaire | 281 |
| <i>Article additionnel après l'article 32</i> Création d'une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé | 284 |
| <i>Article 33</i> (articles L. 211-2, L. 211-2-1, L. 211-2-2, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-6 et L. 227-3 du code de la sécurité sociale) Réforme des instances dirigeantes des caisses primaires d'assurance maladie et autorité du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le réseau | 285 |
| <i>Article L. 211-2 du code de la sécurité sociale</i> | 286 |
| <i>Article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale</i> | 286 |
| <i>Article L. 211-2-2 du code de la sécurité sociale</i> | 287 |
| <i>Après l'article 33</i> | 292 |
| <i>Article 34</i> (articles L. 123-2-1, L. 224-7 et L. 615-13 du code de la sécurité sociale) Substitution au statut réglementaire d'un statut conventionnel des praticiens conseils | 292 |
| <i>Après l'article 34</i> | 295 |
| <i>Article 35</i> (articles L. 161-38 et L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale) Création de l'Institut des données de santé | 295 |
| Section 6 Organisation régionale | 301 |
| <i>Avant l'article 36</i> | 302 |
| <i>Article 36</i> (articles L. 183-1, L. 183-2, L. 183-2-1 à L. 183-2-3 et L. 183-3 du code de la sécurité sociale) Renforcement des unions régionales des caisses d'assurance maladie | 305 |
| <i>Après l'article 36</i> | 312 |
| <i>Article 37</i> (article L. 162-47 [nouveau] du code de la sécurité sociale) Missions conjointes des ARH et des URCAM | 313 |
| <i>Article additionnel après l'article 37</i> Expérimentation de la mise en place d'agences régionales de santé | 318 |
| <i>Après l'article 37</i> | 318 |
| <i>Article 38</i> (articles L. 121-1, L. 121-2, L. 151-1, L. 153-5, L. 153-8, L. 200-3, L. 221-1, L. 221-5, L. 224-1, L. 224-5-2, L. 224-9, L. 224-10, L. 227-2, L. 228-1, L. 231-1 à L. 231-12, L. 251-2 à L. 251-4, L. 262-1 et L. 281-2 à L. 281-6 du code de la sécurité sociale) Coordination | 319 |
| TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE | 320 |
| <i>Avant l'article 39</i> | 320 |
| <i>Article 39</i> (article L. 131-7 du code de la sécurité sociale) Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale | 321 |
| <i>Après l'article 39</i> | 325 |

| | |
|--|------------|
| <i>Article 40</i> (article L. 311-3 du code de la sécurité sociale et articles L. 324-12 et L. 324-14 du code du travail) Consolidation du recouvrement des recettes de la sécurité sociale | 325 |
| <i>Après l'article 40</i> | 327 |
| <i>Article 41</i> (articles L. 136-2, L. 136-7-1 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale) Dispositions relatives à la contribution sociale généralisée | 328 |
| <i>Article 42</i> (articles L. 245-2 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale) Relèvement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux et de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques ... | 336 |
| <i>Article 43</i> (articles L. 138-20 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale) Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et maîtrise des dépenses de médicament | 338 |
| <i>Article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale</i> | 339 |
| <i>Après l'article 43</i> | 341 |
| <i>Article 44</i> (article L. 245-13 du code de la sécurité sociale) Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés | 341 |
| <i>Article 45</i> (Articles 1 ^{er} , 2, 4, 7 et 14 à 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale) Dette sociale | 343 |
| <i>Après l'article 45</i> | 349 |
| TABLEAU COMPARATIF | 351 |
| AMENDEMENTS NON ADOPTES PAR LA COMMISSION | 475 |
| ANNEXE | 563 |
| LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES PAR LE RAPPORTEUR | 563 |

INTRODUCTION

Le projet de loi relatif à l'assurance maladie sur lequel l'Assemblée nationale est appelée à statuer constitue à l'évidence l'un des textes majeurs de la législature. Après la réforme des retraites adoptée l'an dernier, il propose une réforme en profondeur d'un deuxième pan essentiel de notre système de protection sociale et constitue la mise en œuvre d'un des engagements pris par le gouvernement dès le 3 juillet 2002 ⁽¹⁾ : « *Notre système de santé fait notre fierté, mais il est aujourd'hui dans une situation (...) très difficile. (...) Nous mettrons en place une nouvelle gouvernance du système de santé et d'assurance maladie. Avec le ministre de la santé, de la famille et des handicapés, je souhaite bâtir une politique de santé moderne. C'est un champ prioritaire pour le nouvel humanisme que nous défendons.* »

Ces deux réformes ont des traits communs. Tout d'abord, leur nécessité est mise en évidence par la dégradation des comptes de la sécurité sociale. Ne pas agir reviendrait en la matière à condamner notre système de protection sociale à la faillite, une faillite qui ne serait pas que financière puisqu'elle mettrait en cause la pérennité même d'une conception généreuse de la protection sociale à laquelle tous les Français sont légitimement très attachés. En conséquence, élément essentiel de ce qu'il est convenu d'appeler le pacte social républicain, l'assurance maladie ne saurait pour autant – tout comme les retraites – se contenter de mesures de redressement financier, de quelque réforme comptable, qui laisserait subsister les maux plus profonds dont les déficits ne sont qu'un révélateur. Le présent projet de loi se devait donc d'être une véritable réforme de structures.

La réforme est le fruit d'une longue réflexion et d'une concertation avec l'ensemble des acteurs du système de santé. Ont ainsi été associés à sa préparation aussi bien les premiers intéressés que sont les usagers, directement et par les représentants des assurés sociaux que sont les organisations syndicales représentatives, les acteurs au quotidien du système de santé que sont les professionnels de santé mais aussi ceux qui ont la charge à un titre ou à un autre de son fonctionnement, de son organisation et de sa gestion : partenaires sociaux, organismes gestionnaires, organismes de protection sociale complémentaire, agences sanitaires... Depuis deux ans, la concertation commencée sous l'égide de M. Jean-François Mattei, précédent ministre chargé de la santé, n'a cessé de s'intensifier et a connu son point culminant dans les rencontres organisées ces dernières semaines par le ministre de la santé et de la protection sociale, M. Philippe Douste-Blazy, et le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, M. Xavier Bertrand.

(1) Déclaration de politique générale de M. Jean-Pierre Raffarin, premier ministre, devant l'Assemblée nationale

Cette réflexion a connu depuis six mois deux temps forts : le premier a consisté dans la remise de son rapport par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le second dans la constitution par l'Assemblée nationale à l'initiative de son président, M. Jean-Louis Debré, d'une mission d'information relative à la problématique de l'assurance maladie.

Ces travaux ont mis en évidence la nécessité urgente d'une réforme de l'assurance maladie. Le diagnostic partagé porté sur l'état de l'assurance maladie et, au-delà, de notre système de santé est sévère. Le système est financièrement à la dérive. Les chiffres, maintenant bien connus de tous, sont effrayants : près de 13 milliards d'euros de déficit prévu pour 2004, soit un déficit record du double du précédent, près de 45 milliards de dette accumulée à la fin de cette année, et un choix de solutions à cette impasse financière qui, limité au seul ajustement comptable, reviendrait à opter pour un doublement de la contribution sociale généralisée d'ici 2020 ou à une baisse drastique de la prise en charge des dépenses de santé.

Tout aussi sévère est le diagnostic porté sur le pilotage de ce système. Il est difficile d'imputer la responsabilité de la dérive à quelque acteur que ce soit ; chacun ne semble avoir été que figurant et l'on chercherait en vain un metteur en scène. Alors que de nombreux acteurs agissent dans le domaine de la santé, personne n'estime en être le pilote et, de fait, le sentiment est unanime sur le fait qu'il n'en a pas.

Plus grave encore, cette absence de cohérence et de coordination de notre système de santé menace – c'est le troisième constat dressé aussi bien par le Haut conseil que par la mission d'information – la qualité même de notre système de soins. Alors que notre pays dispose de l'une des meilleures médecines du monde, de professionnels de santé parmi les plus compétents, sa gestion inefficace et sa désorganisation placent *a contrario* notre système de santé parmi les plus mauvais des pays industrialisés.

La nécessité de moderniser les systèmes d'assurance maladie n'est d'ailleurs pas une spécificité française : nombre de nos partenaires – par exemple l'Allemagne – ont entamé ou mis en œuvre cette réforme et souvent dans un climat de consensus politique que nous pouvons leur envier. Le présent projet de loi bénéficie ainsi de l'expérience nos partenaires et la commission spéciale a pu fort opportunément prendre connaissance du rapport réalisé par M. Edouard Landrain au nom de la délégation pour l'Union européenne de l'Assemblée nationale sur les réformes mises en œuvres dans les autres Etats de l'Union européenne.⁽¹⁾

Conséquence logique de ce constat unanime de la nécessité d'une réforme, il fallait donner un contenu à celle-ci. Les travaux du Haut conseil, mais aussi – plus important encore sur un plan politique – ceux de la mission d'information

(1) Rapport d'information n°1672 déposé le 15 juin 2004 « Réforme de l'assurance maladie : les remèdes européens »

présidée par M. Jean-Louis Debré, ont montré qu'il existe un consensus extrêmement fort sur les principes devant guider cette réforme. Le présent projet de loi était largement prédéterminé par l'attachement aux principes fondateurs de l'assurance maladie : égal accès à des soins de qualité et solidarité nationale.

La déclinaison de ces principes appelle ensuite des propositions différentes. La mission d'information a mis en évidence des divergences assez nettes sur la thérapeutique mais a permis à chaque sensibilité politique de l'Assemblée nationale d'exposer son point de vue, de le confronter aux autres et d'étudier l'ensemble des options existantes. Dès lors, il a paru opportun de permettre aux parlementaires membres de cette mission de prolonger cette réflexion, tout en y associant les autres députés intéressés, en constituant dès le 16 juin dernier, le jour même du dépôt du projet de loi, une commission spéciale en vertu de l'article 43 de la Constitution.

Celle-ci a dès lors pu concentrer ses travaux sur l'examen du projet de loi présenté. A cet effet, ont été menées à l'initiative du rapporteur vingt-six auditions invitant l'ensemble des acteurs du système de santé à exprimer leur opinion sur le texte de ce projet et à formuler d'éventuelles propositions de modifications.

De l'ensemble de ces travaux émergent trois conclusions majeures.

La première – essentielle parce qu'elle concerne directement ceux pour lesquels le système de santé existe, les patients – est que le projet met au cœur de la réforme la promotion de la qualité de notre système de soins et la responsabilisation de ses acteurs, objet du titre I.

La deuxième est que cet objectif passe – c'est l'objet du titre II – par une réforme profonde de la gouvernance de notre système de santé.

Enfin, ces mesures de structures serviront à remédier pour l'essentiel aux déséquilibres financiers de la branche maladie, même si elles doivent être accompagnées de mesures strictement financières prévues au titre III, destinées à apurer le passif mais également à fonder une gestion plus saine de la branche maladie de la sécurité sociale.

I.- LE PROJET DE LOI VISE D'ABORD A PROMOUVOIR LA QUALITE DES SOINS ET A RESPONSABILISER LES ACTEURS DU SYSTEME DE SANTE

Se fondant sur le constat d'une qualité des soins insuffisante et sur une « irresponsabilisation » croissante des acteurs du système de santé, le projet de loi met en place des mécanismes visant à améliorer la qualité des soins et à responsabiliser davantage les usagers et les professionnels de santé.

Cette lutte pour une qualité améliorée et une responsabilité renforcée ont des conséquences en termes financiers, conséquences qui seront examinées plus loin. Elle nécessitera du temps et beaucoup d'explications afin que les assurés et les professionnels de santé en saisissent tous les enjeux.

Il est important de souligner que la plupart des mécanismes de maîtrise médicalisée et de responsabilisation des professionnels s'appliquent aux établissements de santé, hôpital public comme clinique privée. Il s'agit bien d'une réforme d'ensemble du système de soins. Ainsi, en matière de qualité des soins, il ne saurait y avoir des exigences différentes pour un médecin de ville et pour un médecin hospitalier.

A. L'AUGMENTATION DE LA QUALITE ET UNE MEILLEURE ORGANISATION DES SOINS SONT LES OBJECTIF PREMIERS DU PROJET DE LOI

Si le niveau des soins en France est généralement considéré comme bon, il reste très perfectible. Or, la qualité médiocre est synonyme non seulement de mauvaise prise en charge sanitaire des assurés mais aussi de gaspillages financiers. L'esprit de la réforme de l'assurance maladie a souvent été résumé par l'expression suivante : « *Soigner mieux et dépenser mieux* ». Cet objectif est décliné dans les mesures suivantes, qui mettent en place les conditions d'une régulation par la qualité. Trois grandes orientations du projet traduisent la volonté du gouvernement d'accroître la qualité des soins : le renforcement de la coordination et de la continuité des soins (1), la promotion des bonnes pratiques (2) et l'application de ces dispositifs aux établissements de santé (3).

1. La qualité accrue des soins passe par une coordination et une continuité renforcées

Augmenter le niveau de qualité des soins est une œuvre de longue haleine dont les résultats seront perceptibles dans quelques années. Le but recherché est de changer les comportements des usagers comme des professionnels de santé, en promouvant à la fois la qualité et la continuité des soins.

a) Une meilleure coordination des soins doit être assurée

Tous les diagnostics convergent pour souligner une insuffisante coordination des soins, d'abord imputable à une coordination déficiente des professionnels de santé. Le cloisonnement entre les médecins libéraux (peu habitués au travail en groupe ou en réseaux), entre les différents professionnels de santé (avec les clivages spécialistes/généralistes et médecins/professions paramédicales), auquel s'ajoute l'étanchéité entre la médecine de ville et les établissements de santé, a été mis en évidence. Des dispositions du projet de loi, présentées plus loin, contribuent à remédier à ces insuffisances.

La mauvaise coordination des soins est également causée par les comportements des assurés qui, parfois, ne veulent pas s'inscrire dans des réseaux ou filières de soins et font preuve d'un certain nomadisme médical. Il leur est également parfois impossible de faire face à la complexité de l'offre de soins.

Il convient donc de mettre en place des mécanismes qui, d'une part, donneront aux patients et aux professionnels de santé les moyens de promouvoir la coordination des soins (dossier médical personnel, désignation du médecin traitant ...) et, d'autre part, inciteront les assurés à les utiliser.

Le dossier médical personnel

Le premier mécanisme devant remplir la mission de coordination accrue est le dossier médical personnel, dont la création prévue par l'article 2 du projet de loi devra être précédée par la possibilité donnée aux médecins de pouvoir consulter, grâce à la carte Vitale, les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge détenues par l'organisme dont relève le bénéficiaire de l'assurance maladie.

Le dossier médical personnel a pour finalité première d'améliorer la qualité des soins donnés à l'assuré et d'éviter des actes redondants, source de gaspillages et de dégradation de la qualité des soins (retards, prescriptions inadaptées...). Il permettra le décroisement entre la médecine de ville et l'hospitalisation. Il facilitera le travail en réseau.

La généralisation du dossier médical personnel posera de nouvelles questions éthiques et déontologiques. Néanmoins, le rapporteur est convaincu, pour peu qu'il soit simple et généralisé d'emblée, s'enrichissant étape par étape, qu'il constituera un formidable outil de modernisation du système de soins français.

Le médecin traitant

Il apparaît que le comportement des assurés est marqué par un certain nomadisme médical. Ce phénomène se traduit notamment par la consultation en nombre excessif de médecins pour soigner un même problème de santé.

Ce comportement, en partie facilité par la grande liberté dont jouissent les patients dans notre système, est aussi imputable à la mauvaise organisation du système de santé. Il en résulte une augmentation des dépenses des régimes de l'assurance maladie sans que soit assurée une prise en charge sanitaire satisfaisante des assurés. Il est donc essentiel de promouvoir les filières de soins, le travail en réseau et le respect de protocoles de soins. Cela contribuera à améliorer l'information de l'assuré, qui est parfois isolé et quelque peu désemparé devant la complexité de l'offre de soins.

Le choix d'un médecin traitant permet de mieux coordonner les soins apportés au patient et donc d'améliorer son état de santé. Si ce choix est accompagné d'un dispositif encourageant l'assuré à respecter des filières de soins intégrant notamment les médecins généralistes et les médecins spécialistes, il sera en outre un moyen de réduire les effets négatifs du nomadisme médical.

Le médecin traitant est un praticien qui dispose d'une vue d'ensemble du patient. Il connaît son histoire personnelle, voire familiale, et son environnement social et économique. Son approche n'est pas limitée à un organe en particulier. Son appréciation s'étend à l'état de santé global de son patient. Le patient pourra, sans lourdes formalités, changer de médecin traitant en en faisant part à la caisse primaire dont il relève.

L'article 4 du projet de loi vise, d'une part, à permettre aux assurés sociaux de désigner un médecin traitant à leur organe gestionnaire d'assurance maladie et, d'autre part, à donner la possibilité de majorer le reste à charge des assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant.

b) La continuité des soins doit être garantie

La continuité des soins sera en partie garantie par le dossier médical personnel, qui sera en quelque sorte la « mémoire » du patient et des professionnels de santé. En outre, l'article 3 du projet de loi renforce l'encadrement de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique et sévère, notamment des malades dont les dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie au titre d'une affection de longue durée (ALD). L'article vise à impliquer davantage le patient dans sa démarche de soins et à améliorer la coordination et la continuité des soins entre les professionnels de santé. La Haute autorité de santé élaborera ou validera les outils d'une prise en charge de qualité et coordonnée des personnes ayant besoin de soins longs et coûteux.

2. Promouvoir la qualité impose d'impliquer davantage les professionnels de santé

La réforme ne réussira pas sans les professionnels de santé. Leur engagement est une condition nécessaire au succès de l'entreprise, et le projet de

loi est exigeant à leur égard. Ainsi, il leur demande, d'une part, d'approfondir leur démarche d'évaluation et de formation et, d'autre part, de s'engager dans le respect de bonnes pratiques et de référentiels de soins validés par la Haute autorité de santé.

a) L'évaluation des pratiques

Alors que le projet de loi relatif à la politique de santé publique rénove profondément les conditions de la formation médicale continue en simplifiant son organisation et en rendant plus applicable le dispositif, le présent projet de loi souligne la nécessité pour les professionnels de santé de s'engager résolument dans l'évaluation des pratiques professionnelles. Ainsi, l'article 8 du présent projet vise à promouvoir l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles médicales. Il concerne tous les médecins conventionnés et les médecins hospitaliers. Jusqu'à une date récente, le rythme de l'évaluation des pratiques professionnelles médicales était bien trop lent. Cet article vise à accélérer le processus. En outre, l'article 9 permet d'informer les assurés sur la participation des médecins à ces dispositifs d'évaluation.

b) Le respect de référentiels et de protocoles

Inciter les professionnels de santé, et en particulier les médecins, à respecter des protocoles de soins et des référentiels est un des axes centraux de la maîtrise médicalisée. Les références médicales opposables (RMO) mises en place en 1996 n'ont certes pas connu une application satisfaisante. En effet, rédigées de manière complexe, elles consistent en des références négatives – du type : « *Dans certaines conditions, il convient de ne pas...* » – et elles s'inscrivent dans un contexte où les relations entre les médecins et les caisses étaient particulièrement tendues. En outre, leur application a été insuffisamment contrôlée.

La validation scientifique apportée par la Haute autorité de santé devra être de nature à gagner la confiance des professionnels de santé et donc contribuer à l'application du nouveau dispositif.

c) Le travail en filières et en réseaux

En France, l'une des caractéristiques de l'exercice libéral des professionnels de santé est le relatif isolement dans lequel travaillent ces professionnels. Même si les cabinets de groupe se développent, il convient de remédier à ce cloisonnement qui concerne particulièrement les médecins et les professions paramédicales. Le projet de loi vise à contribuer à ce que les professionnels de santé travaillent plus en utilisant les formules du réseau et de la filière de soins. A ce titre, les dispositions de l'article 6 du projet de loi, qui mettent en place la possibilité de conclusion d'accords interprofessionnels entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales des professions concernées, sont particulièrement bienvenues. Elles permettront notamment à plusieurs professions de s'organiser autour de pathologies.

3. Les établissements de santé seront incités à améliorer la qualité de leurs soins

Il est à souligner que la réforme concerne l'ensemble du système de santé, et à ce titre un grand nombre de ses dispositions s'appliquent aux patients hospitalisés ou consultant à l'hôpital mais aussi aux personnels des établissements, dont les médecins, qui devront également conduire, à titre d'exemple, les actions d'évaluation des pratiques professionnelles mentionnées à l'article 8 du projet.

Le dossier médical personnel sera utilisé dans les établissements de santé. Les personnels des établissements seront tenus de le compléter.

La coordination des soins passe aussi par un renforcement des liens entre la ville et l'hôpital au travers notamment d'un pilotage cohérent au niveau régional avec le rapprochement des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), ce que propose l'article 37 du présent projet.

B. LES PATIENTS DEVRONT CHANGER LEURS COMPORTEMENTS

Le système français combine un haut degré de liberté pour le patient et les professionnels de santé avec un niveau élevé de socialisation des dépenses. La comparaison avec les systèmes étrangers montre qu'en France, la liberté du patient atteint un degré de liberté presque exceptionnel. Si cette large liberté est plébiscitée par nos concitoyens, elle comporte aussi des effets pervers, entraîne des gaspillages et ne conduit pas toujours à une prise en charge sanitaire optimale du patient.

Le présent projet de loi comporte donc des dispositions visant à responsabiliser les patients et notamment à modifier leurs comportements grâce à des incitations d'ordre financier. Il s'agit d'inviter le patient à devenir acteur de sa santé.

En matière de réforme de l'assurance maladie, le changement des comportements est indispensable. A cet égard, on peut observer des signes encourageants, dès lors que la mesure est bien expliquée et fait l'objet d'une communication adaptée. Les exemples récents des effets des campagnes visant la réduction de la consommation d'antibiotiques ou de la prescription de médicaments génériques constituent des signes encourageants.

1. Le partage de l'information médicale est favorisé

L'article 2 du projet de loi, relatif au dossier médical personnel, permet de subordonner le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie à l'autorisation donnée par l'assuré au professionnel de santé d'accéder à son dossier et de le compléter. Il ne s'agit pas de contraindre de manière autoritaire le patient à autoriser l'accès à son dossier médical personnel. Il

convient de lui conserver une liberté de choix ; d'ailleurs, à supposer qu'elle soit souhaitable, sa suppression serait sans doute jugée comme non conforme à la Constitution. En revanche, il est opportun de mettre en place les conditions autorisant l'union des caisses de l'assurance maladie à majorer, si elle souhaite, la participation de l'assuré. En effet, dans le cas où l'assuré refuse l'accès à son dossier, il rend plus difficile le diagnostic de sa maladie et complique le processus de soin. Il convient donc de l'encourager à accroître l'efficacité globale du système de soins grâce à une coordination accrue.

2. L'encadrement des soins apportés aux patients atteints d'affections de longue durée est renforcé

L'article 3 du projet vise à impliquer davantage le patient dans sa démarche de soins et à améliorer la coordination des soins entre les professionnels de santé. Il prévoit que le protocole de soins, « *périodiquement révisable* » et établi conjointement par le médecin-conseil et le médecin traitant, doit tenir compte des recommandations fixées par la Haute autorité de santé. La durée du protocole doit également être fixée « *compte tenu des recommandations de la Haute autorité de santé* ». Le protocole définit les actes et les prestations pour lesquels la participation de l'assuré peut être réduite ou supprimée. Afin de renforcer l'implication du patient, ce protocole établi par le médecin-conseil et le médecin traitant devra être signé par le patient ou son représentant légal. Cette proposition correspond bien à cette idée d'inviter le patient à être plus responsable dans la construction de son parcours de soins.

3. Le médecin traitant est au cœur de la coordination des soins

L'article 4 du présent projet vise d'une part à permettre aux assurés sociaux de désigner un médecin traitant à leur organe gestionnaire d'assurance maladie. Il ne s'agit pas de contraindre de manière autoritaire l'assuré à passer par un médecin-pivot pour consulter un autre médecin – généralement un spécialiste. Le projet vise plutôt à modifier les comportements en mettant en place des mécanismes incitateurs. A cette fin, il donne à l'union nationale des caisses d'assurance maladie la possibilité de majorer le reste à charge des assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant.

Si un patient a des exigences particulières, en particulier s'il ne souhaite pas s'intégrer dans des filières de soins, il peut être légitime que la prise en charge de ses dépenses par les régimes de l'assurance maladie soit diminuée. Des exceptions sont prévues, notamment pour les malades s'inscrivant dans un protocole de soins ou pour les personnes hospitalisées.

L'article 5 du présent projet complète le dispositif en permettant à la convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie de déterminer les conditions dans lesquelles certains

médecins spécialistes pourront augmenter leurs honoraires si le patient les consulte sans avoir consulté au préalable son médecin traitant.

Il est probable qu'un médecin spécialiste directement consulté par un patient, sans que ce dernier n'ait été au préalable examiné par un médecin traitant, passera un temps supplémentaire avec ce patient. Dans cette perspective, il est donc légitime qu'il soit mieux rémunéré, ce que propose cet article 5.

4. L'information des assurés sur l'offre de soins est améliorée

Compte tenu des nombreux mécanismes de responsabilisation des assurés aménagés par le projet, il est indispensable de prévoir que les services des caisses pourront mieux informer les assurés. Cela serait de nature à mieux orienter les assurés dans une offre de soins dont l'architecture est parfois complexe à comprendre et dont la qualité est difficile à évaluer.

C'est à cet objectif que répond l'article 9 du projet de loi, qui propose que les services de conseil administratif et d'orientation des caisses peuvent également informer les assurés de la situation d'un professionnel de santé au regard des contrats individuels de bonne pratique, des contrats de santé publique, de sa participation à des actions de formation ou de coordination des soins.

C. LA RESPONSABILISATION DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DOIT PERMETTRE DE MIEUX LUTTER CONTRE LES DÉPENSES INUTILES

Parce que les ressources de l'assurance maladie ne sont pas illimitées, l'amélioration de la qualité des soins nécessite également de mettre en œuvre tous les moyens nécessaires pour veiller à ce que chaque euro versé par la collectivité soit utilisé au mieux dans l'intérêt du patient, et *a contrario* qu'il ne le soit pas si l'état de santé de celui-ci ne le justifie pas.

S'appuyant sur ce constat, le projet de loi vise à promouvoir un juste recours aux soins, fondé sur une responsabilisation accrue de l'ensemble des acteurs du système de santé, puisqu'elle seule peut permettre une évolution durable des comportements.

1. Les sanctions des comportements abusifs ou frauduleux doivent être renforcées

a) La sécurisation de la carte Vitale

Rien ne permet aujourd'hui de garantir que la personne qui présente la carte « Vitale » en vue de l'émission d'une feuille de soins électronique est bien son titulaire ou la personne légitimement mandatée pour le faire. La gestion du parc de cartes est par ailleurs loin d'être optimale, à en juger par l'existence de

dix millions de cartes en surnombre selon le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur les risques de fraude à l'assurance maladie¹.

Certes, l'utilisation des cartes en surnombre est marginale, puisque moins de 250 000 d'entre elles ont été utilisées depuis 1998 sur six milliards de feuilles de soins reçues par les caisses d'assurance maladie, et elle ne constitue pas nécessairement un abus, mais parfois simplement une facilité d'usage au sein d'une famille. Il n'en demeure pas moins nécessaire de corriger les faiblesses présentées par la carte Vitale au regard des risques de fraude qu'elle présente, et ce d'autant plus qu'elle est aussi « *le symbole de non-gestion* » du système de soins français, comme l'a fait justement observer le ministre de la santé et de la protection sociale.

C'est pourquoi l'article 12 du projet de loi prévoit qu'il pourra désormais être demandé au bénéficiaire de soins, dans les établissements de santé, de prouver son identité par sa carte d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie.

b) La mise en place d'un dispositif gradué de sanction des professionnels de santé et des usagers

Le projet de loi permet également aux caisses d'assurance maladie de disposer des moyens adéquats pour répondre rapidement et surtout efficacement aux divers abus et violations qu'ils constatent.

Le directeur de la caisse locale pourra ainsi prononcer une pénalité financière à l'encontre des professionnels de santé, des assurés ou des établissements de santé, dont les manquements à la réglementation en vigueur sont à l'origine d'une prise en charge indue par la sécurité sociale. Une commission constituée au sein du conseil de la caisse sera par ailleurs saisie pour avis afin de s'assurer du bien-fondé de cette décision.

Ces dispositions permettront ainsi de remédier aux insuffisances du contrôle exercé par les caisses d'assurance maladie, qui sont particulièrement manifestes dans le cas des professionnels de santé. En effet, lorsqu'elles constatent des abus, les caisses n'ont en réalité le choix aujourd'hui qu'entre un « pistolet à eau » et l'« arme atomique » qu'est le déconventionnement du professionnel, qui ne devrait en principe être réservé qu'aux cas les plus graves.

Au reste, la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie a pu observer que les représentants des médecins « *se sont dans l'ensemble montrés ouverts à des procédures de sanction des comportements qui s'écarteraient des normes médicalement admises, à la condition que ces sanctions forment une palette de mesures graduées, qui n'existe pas aujourd'hui* ».

¹ Rapport d'étape d'évaluation des risques de fraude à l'assurance maladie de la mission de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), 23 avril 2004.

c) L'institution d'une procédure de récupération des prestations indues

Dans le même sens, l'article 16 du projet de loi confie aux caisses d'assurance maladie la possibilité de récupérer des prestations indûment versées aux assurés sociaux, puisque cette procédure n'existe actuellement que pour les seuls professionnels de santé, dans le cas notamment de méconnaissance des règles de cotations et de tarification.

Les sommes indues pourront ainsi être récupérées par des retenues sur les prestations futures de l'assuré, qui seront toutefois plafonnées s'il s'agit d'indemnités journalières, ou par un remboursement intégral de sa créance s'il le souhaite.

2. Des leviers efficaces sont mis en place pour améliorer la gestion des indemnités journalières

Comme l'a regretté la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie, le contrôle médical n'a pas aujourd'hui « *la place qui devrait être la sienne en tant qu'outil d'amélioration de l'efficience du système de soins* », et c'est tout particulièrement le cas concernant les indemnités journalières (IJ), qui ont pourtant représenté près de six milliards d'euros de dépenses pour l'assurance maladie en 2003.

Les dépenses liées à ces prestations ont en effet connu une accélération très nette au cours de ces dernières années (près de 9 % de croissance annuelle entre 1997 et 2002 en euros constants), en particulier pour les arrêts de travail de plus de trois mois, évolution que ne semblent pas pouvoir expliquer à eux seuls le vieillissement de la population ou encore l'évolution de la conjoncture économique. Il existe par ailleurs d'importantes disparités géographiques en termes de prescription, la « consommation » d'arrêts de travail étant par exemple de six jours par an en moyenne par actif occupé à Paris, contre près de dix-huit dans le Gard.

Dès lors, ces éléments semblent étayer l'idée selon laquelle le comportement des assurés et des prescripteurs a constitué l'un des facteurs explicatifs de cette augmentation. C'est d'ailleurs l'une des principales conclusions de l'Inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de novembre 2003 sur les indemnités journalières, qui fait état de l'existence « *d'anomalies en matière de prescription d'indemnités journalières [IJ]. Aucune explication convaincante n'a pu par exemple rendre compte du fait que certains médecins prescrivent cinq fois plus d'IJ que les autres* ».

Or ce recours parfois abusif aux arrêts de travail n'a pu se développer que parce qu'il a été permis, pour ne pas dire encouragé, par la faiblesse et l'insuffisance des contrôles médicaux des caisses d'assurance maladie. Le contrôle des IJ occupe en effet une place encore marginale dans l'activité des médecins

conseils de sorte que seuls 6,4 % des arrêts maladie ont été contrôlés en 2001, dont moins de 0,5 % des arrêts de courte durée, alors que ce sont précisément ceux qui sont le plus susceptibles de donner lieu à des « arrêts de confort ». Enfin, sur les arrêts de travail contrôlés par le service médical de la CNAMTS, 12 % présentaient des « anomalies ».

a) Une action ciblée sur les plus gros prescripteurs d'arrêts de travail

Afin de recentrer les indemnités journalières sur leur vocation première, c'est-à-dire garantir un salaire de remplacement au salarié dont l'état de santé lui interdit temporairement de poursuivre son activité professionnelle, il faut tout d'abord d'agir le plus en amont possible, c'est-à-dire au stade de la prescription.

L'article 14 du projet de loi propose en conséquence de mieux repérer les plus gros prescripteurs d'arrêts de travail, et de les soumettre, le cas échéant, à une procédure d'accord préalable des caisses d'assurances maladie qui conditionne le versement des IJ ou la couverture des frais de transports. Le directeur de la caisse pourra également décider de suspendre la prise en charge des prestations prescrites par le médecin, à charge pour lui d'en informer son patient.

b) Un contrôle plus efficace des assurés

En aval, le texte prévoit également plusieurs dispositions visant à inciter les caisses à contrôler davantage les arrêts de travail répétitifs et de courte durée, pour lesquels les procédures doivent être simplifiées, et à mettre en place des sanctions réellement opérationnelles à l'égard des patients, à travers par exemple l'information de l'employeur de la suspension des IJ ou encore le remboursement des sommes indûment perçues.

3. Le bon usage des médicaments est vigoureusement encouragé

a) La poursuite du développement des génériques

Lutter contre les dépenses inutiles sans faire de concession sur la qualité des soins constitue le principe même des génériques et c'est précisément pourquoi leur promotion constitue un axe central de la politique du médicament engagée par le gouvernement. Elle a ainsi permis d'économiser plus de 300 millions d'euros en 2003.

Malgré une réelle montée en puissance au cours des dernières années, les ventes de génériques en France sont encore loin des niveaux atteints en Allemagne ou aux Etats-Unis, où ils représentent plus de 40 % de parts de marché. Cet effort doit donc être poursuivi, à travers notamment le développement progressif des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) ou encore une politique de baisse de prix plus adaptée au cycle de vie des produits, à l'exception cependant des médicaments innovants.

Dans cet objectif, l'article 17 prévoit également d'étendre la définition des génériques à l'ensemble des dérivés chimiques d'un même principe actif afin également de transposer les dispositions prévues par l'article 10 de la directive n° 2004/27/CE du 31 mars 2004.

b) La mise en place de conditionnements mieux adaptés

Les conditionnements des médicaments, souvent présentés pour des traitements d'un mois, sont bien souvent inadaptés aux prescriptions des médecins. De surcroît, la délivrance de médicaments dans des quantités nettement supérieures à la prescription médicale est de nature à encourager des comportements nocifs de surconsommation et d'automédication.

Or, « *loin d'être anecdotique, cet exemple illustre parfaitement l'idée selon laquelle l'addition d'efforts modérés peut produire un effet tangible sur le solde de la branche maladie* », comme l'a fort justement rappelé la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie. C'est précisément pourquoi l'article 18 du projet de loi prévoit que les spécialités remboursables doivent être présentées sous des conditionnements appropriés aux traitements prescrits par le médecin, au regard des indications thérapeutiques justifiant la prise en charge par l'assurance maladie.

c) L'amélioration de la qualité des pratiques et de l'information des praticiens

Dans le même souci de maîtrise des dépenses et d'amélioration de la qualité des soins, il est essentiel d'améliorer l'information des professionnels de santé et des assurés sur le bon usage des médicaments, en raison notamment des risques liés à la polymédication ou à la iatrogénie, ce dont sera désormais chargée la Haute autorité de santé.

A cette fin, le projet de loi prévoit également la conclusion d'une « *charte de qualité des pratiques professionnelles* » des visiteurs médicaux entre les entreprises du médicament et le comité économique des produits de santé, ce qui doit permettre de mettre à un terme à certaines dérives en la matière.

Cette charte pourra ainsi prévoir la communication au médecin visité des indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché (AMM), les avis de la commission de la transparence ou les interactions médicamenteuses, ce qui ne pourra que contribuer à accroître la qualité des soins dispensés aux malades.

II.- UNE NOUVELLE GOUVERNANCE AU SERVICE D'UN SYSTEME DE SANTE PLUS EFFICIENT

Le chantier de la gouvernance est probablement l'un des plus difficiles de la réforme de l'assurance maladie : il est également l'un des plus importants. Les travaux de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie ont mis en relief les effets délétères de l'absence de pilotage du système et des impulsions contradictoires données par des acteurs éclatés, sans vision commune, repliés sur leur champ de compétence par nature limité, bref d'un « *système devenu fou* » selon l'expression de M. Philippe Douste-Blazy.

Dès lors, si la recherche de la qualité constitue l'objectif central de la réforme, la réforme de sa gouvernance constitue à l'évidence l'une des pistes à privilégier dans la réalisation de cet objectif. Le projet de loi intègre pleinement cette préoccupation puisqu'il entend réformer la gestion actuelle du champ conventionnel, en principe assurée par l'assurance maladie mais qui, assumée par trop d'acteurs, ne l'est plus par personne (A). Il entend d'ailleurs confier aux institutions rénovées de l'assurance maladie une responsabilité accrue dans son champ d'action traditionnel (B) et en faire par l'octroi de nouvelles missions un acteur majeur de la mise en cohérence de l'ensemble du système de santé (C).

A. UN MEILLEUR PILOTAGE DE L'ASSURANCE MALADIE

1. L'indispensable clarification des responsabilités des différents acteurs

a) Des interactions préjudiciables

Sans revenir en détail sur le diagnostic qu'appelle l'actuel défaut de gouvernance de l'assurance maladie, on ne saurait manquer de rappeler les traits les plus saillants de l'atrophie croissante du système mis en place en 1945.

Si l'Etat n'a jamais cessé de jouer un rôle essentiel dans le système de santé, force est de constater qu'il est largement sorti de la place qui aurait dû être la sienne dans un système d'assurance maladie fondé sur une gestion paritaire – dans des formes plus ou moins pures – par les partenaires sociaux. Alors que ceux-ci sont en principe en charge du champ conventionnel et bénéficient à cet effet d'une délégation de gestion, la présence de l'Etat n'a cessé de se faire sentir de façon croissante. Son intervention a souvent reposé sur des motifs légitimes, telles la volonté de redresser les comptes dégradés de l'assurance maladie ou celle de sortir de l'impasse les négociations avec les professions de santé, elle n'en a pas moins durablement perturbé le pilotage de l'assurance maladie. Il n'est, dans ces conditions, pas étonnant que les partenaires sociaux et les professionnels de santé se soient souvent retrouvés pour décrier ces interventions et n'aient eu de

cesse d'accuser l'Etat de tous les maux comme ce fut par exemple le cas dans le rapport de la commission Ruellan.

Les partenaires sociaux ne sont pas – non plus que les professions de santé souvent promptes à jouer de cette division entre l'assurance maladie et les pouvoirs publics – exempts de toute responsabilité dans la crise du pilotage de l'assurance maladie. La modification du mode de financement de l'assurance maladie, la crise du paritarisme et de la légitimité de ses acteurs, le départ des organisations patronales ont été autant de symptômes d'une crise profonde liée à la confusion des responsabilités. Le projet de loi entend donc remédier à cette situation par la définition claire du rôle de l'Etat et la mise en œuvre d'un nouvel équilibre des responsabilités au sein d'une assurance maladie aux institutions renouvelées.

b) La réaffirmation des compétences de l'Etat

Il est frappant de constater qu'aucune voix ne s'est élevée, par exemple au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, non plus que devant la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie ou encore pendant les auditions réalisées dans le cadre de la préparation de l'examen du présent projet de loi, pour nier à l'Etat toute compétence en matière de santé mais également d'assurance maladie.

Le rôle de l'Etat est d'entrée affirmé dans le projet de loi avec le rappel par l'article 1^{er} des principes régissant l'assurance maladie. Il revient de toute évidence aux pouvoirs publics de veiller comme les y invite cet article à la garantie d'une protection indépendante des situations d'âge et de santé et à la détermination des objectifs de santé publique. Il est d'ailleurs significatif de ce point de vue que le présent projet de loi soit examiné au moment où le gouvernement et le Parlement élaborent une loi relative à la santé publique réformant profondément et structurant le cadre d'élaboration de ces objectifs de santé publique. Il traduit la nécessité dans ce domaine connexe à l'assurance maladie de mieux identifier les responsabilités et de laisser chaque acteur exercer les responsabilités qui lui incombent.

Cette volonté traverse tout le projet de loi. N'est-il pas significatif par exemple que l'Etat continue, en dépit de l'octroi aux caisses nationales par l'article 22 de la responsabilité de préparer un « budget de l'assurance maladie », d'adopter de façon souveraine les lois de financements de la sécurité sociale ? Tout aussi révélateur est le maintien par le projet de loi de la faculté pour l'Etat de prendre la décision finale quant à certains éléments du périmètre remboursable (*cf. infra* point 2) du B). Enfin, l'extension des compétences de l'assurance maladie se fait dans le respect des orientations pluriannuelles en matière de santé publique et des lois de financement de la sécurité sociale.

Pour autant, le projet de loi marque un refus net de toute évolution vers une étatisation de l'assurance maladie et fait une place forte aux instances dirigeantes de celle-ci profondément renouvelées.

c) Une modification de l'équilibre entre les institutions de l'assurance maladie tendant à confier un rôle essentiel aux partenaires sociaux

Le projet de loi procède à une réforme des institutions de l'assurance maladie fondée sur un nouvel équilibre entre ses organes dirigeants. Alors que les conseils d'administration sont aujourd'hui censés assurer l'ensemble des fonctions d'orientation, de gestion et de contrôle de l'assurance maladie, force est de constater que cette concentration des rôles sur une seule instance ne lui permet d'en exercer aucune de façon satisfaisante. Dès lors, le projet de loi propose à tous les échelons – national par l'article 30, local par l'article 33 et régional par l'article 36 – de distinguer entre la fonction d'orientation confiée à un conseil dans lequel les partenaires sociaux continueront de jouer un rôle prépondérant et un exécutif renforcé dans son autonomie de gestion.

Toutefois, il est clair que cet exécutif reste subordonné au conseil s'agissant de l'élaboration de la politique de la caisse : il agit dans le respect des orientations définies par le conseil auquel le fait d'être déchargé la tâche de gestion courante de la caisse – d'ailleurs souvent déléguée en réalité au directeur de celle-ci dans le système actuel, le conseil d'administration se bornant souvent à ratifier ses décisions – permettra d'exercer un rôle structurant. Un exemple illustre bien cette nouvelle répartition des compétences : le conseil de la CNAMTS détermine des orientations pour l'élaboration de la convention d'objectif et de gestion, le directeur général est chargé de négocier et d'élaborer le projet de convention ensuite signé par le président du conseil et le directeur général.

Le débat se focalise souvent sur les questions institutionnelles, les rapports de pouvoir : combien de membres pour telle catégorie ? Quelle ouverture à des représentants autres que ceux désignés par les partenaires sociaux ? Quelles règles de majorité au sein du conseil ? Quelle procédure de désignation du directeur général ? Ces questions méritent d'être posées et approfondies mais elles ne constituent pas le point essentiel.

La réforme repose sur deux caractéristiques majeures : le maintien d'un pilotage par les partenaires sociaux de l'assurance maladie et une organisation institutionnelle leur permettant d'exercer réellement cette compétence. Le nouvel équilibre ne doit pas être appréhendé en termes de concurrence entre les conseils et les directeurs mais en termes de complémentarité : chacun des deux sort renforcé dans sa sphère de compétence désormais bien délimitée.

2. Un renforcement de la structuration des exécutifs de l'assurance maladie

Le projet de loi renforce indéniablement les pouvoirs du directeur général de la CNAM, des directeurs des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs des URCAM dans le champ de compétences qui est le leur, même s'ils doivent rendre compte à leurs conseils respectifs et si leur action se fait dans le respect des orientations déterminées par les conseils.

Les exécutifs sont en effet dotés d'une compétence de principe sur les affaires de leur caisse, exercent sur elle une mission générale de direction et de responsabilité de son bon fonctionnement. Ils interviennent en amont des décisions du conseil, certaines des délibérations de celui-ci faisant explicitement l'objet d'une proposition du directeur, et en aval puisqu'ils assurent la mise en œuvre des orientations adoptées et l'exécution des décisions prises par le conseil. Ils disposent par ailleurs d'un pouvoir élargi en matière de gestion et d'une capacité renforcée à engager la caisse tant financièrement que juridiquement.

Cette évolution concerne l'ensemble des niveaux de gestion de l'assurance maladie mais s'avère particulièrement frappante s'agissant du directeur de la CNAMTS élevé au rang de directeur général dans l'article 30 du projet, qui est notamment chargé de la préparation des orientations de la politique de gestion du risque ainsi que de celle du projet de « budget de l'assurance maladie » en vue de l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il est en outre responsable non seulement du bon fonctionnement de la CNAMTS mais de celui de l'ensemble du réseau et dispose à cet effet d'une réelle autorité sur celui-ci. Il est le « patron » du réseau de l'assurance maladie et l'article 33 lui confère d'ailleurs un vaste pouvoir de nomination sur les agents de direction au niveau local et régional.

Ces compétences fortes soutenues par de réels moyens devraient permettre de parvenir à une gestion plus efficace et plus réactive de l'assurance maladie.

3. Une meilleure coordination des régimes de base

La généralisation et l'universalisation de la couverture maladie par les régimes de base obligatoires permettent indéniablement un rapprochement des actions de chacun d'eux que les difficultés communes aux trois régimes – notamment l'exigence d'une maîtrise de l'ensemble des dépenses de la branche maladie – rendent particulièrement opportun. Dès lors, le projet de loi propose par son article 31 d'aller plus loin que la collaboration – souvent informelle – déjà existante en créant une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) regroupant la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés (CANAM) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

L'UNCAM aura notamment pour mission de mener et conclure la négociation conventionnelle – aussi bien interprofessionnelle qu'avec chacune des

professions de santé – mais également d’adopter des décisions relatives à la définition des conditions d’inscription au remboursement d’un acte ou d’une prestation, à la fixation de son tarif ou encore de fixer le montant de la participation forfaitaire de l’assuré.

Ses décisions engageront naturellement chacune des trois caisses mais celles-ci ne perdent pas pour autant leur identité. Les instances dirigeantes de l’UNCAM permettent en effet de tenir compte à la fois du poids du régime général dans la branche maladie (environ 85 % des dépenses) par l’octroi aux représentants de la CNAM de deux tiers des sièges au conseil de l’UNCAM et de la spécificité de chaque régime avec une représentation paritaire entre la CNAMTS d’une part, et la CCMSA et la CANAM d’autre part, au sein du collège des directeurs chargé de préparer et mettre en œuvre les délibérations du conseil. Sont ainsi écartées toute tentation hégémonique de la CNAMTS et toute possibilité pour l’un des autres régimes de bloquer l’action de l’UNCAM.

4. Un pilotage financier plus crédible

Les observateurs du financement de l’assurance maladie, au premier rang desquels la Cour des comptes, ne trouvent plus de mots assez durs pour stigmatiser la faillite du pilotage financier de l’assurance maladie et son symbole : l’objectif national des dépenses d’assurance maladie (ONDAM) voté « pour la forme » chaque année en loi de financement de la sécurité sociale. Au sein de la mission d’information sur la problématique de l’assurance maladie comme au sein de la commission spéciale, pour ne citer que les prises de position les plus récentes, de nombreuses voix se sont élevées pour réclamer qui l’opposabilité de l’ONDAM, qui la transformation des lois de financement de la sécurité sociale en « véritables lois de finances sociales ».

Parce que le présent projet n’est ni utopique ni organique, il ne contient pas ces deux pistes de réforme. En revanche, il comprend en ses articles 21 et 22 des outils simples, réalistes et rapides à mettre en place pour progresser dans le sens d’une crédibilité retrouvée de l’ONDAM et par conséquent du débat parlementaire. Le premier de ces outils repose sur les caisses nationales, chargées de formuler chaque année avant l’été des propositions relatives au budget de l’assurance maladie pour l’année suivante, en recettes comme en dépenses. Le second outil, dénommé à dessein « comité d’alerte », est une structure indépendante et très légère, placée auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale et destinée à prévenir tout dérapage des dépenses qui viderait de son sens le vote de l’ONDAM, comme le cas s’est trop souvent produit depuis 1998. Sans préjuger de l’efficacité de tels mécanismes, on peut d’ores et déjà saluer le pragmatisme du projet de loi sur ce point.

Mieux pilotée, clarifiée dans son fonctionnement et assise sur un cadrage financier qui doit prochainement devenir pluriannuel, l’assurance maladie possédera ainsi des bases plus saines et plus solides qu’aujourd’hui, rendant possible l’extension de ses responsabilités et l’instauration d’instances nouvelles.

B. L'ATTRIBUTION À L'ASSURANCE MALADIE DE RESPONSABILITES ACCRUES DANS SON CHAMP D'ACTION TRADITIONNEL

1. La Haute autorité de santé : une expertise scientifique indispensable à la prise de décision

L'article 19 du projet de loi prévoit d'instituer une nouvelle autorité publique indépendante à caractère scientifique, la « Haute autorité de santé », qui aura pour mission d'éclairer les choix des gestionnaires de l'assurance maladie mais également d'améliorer l'information des professionnels de santé et des usagers, afin de promouvoir la qualité des pratiques et des soins.

a) L'évaluation médicale de l'ensemble des actes, des produits et des prestations de santé

La diversité des actes et des produits de santé et leur évolution toujours plus rapide liée aux progrès technologiques requièrent une gestion active et surtout médicalisée du périmètre des biens et services pris en charge par l'assurance maladie, c'est-à-dire de définir régulièrement des priorités collectives, fondées sur des critères objectifs, scientifiques et transparents.

Or les produits et les prestations inscrits au remboursement font aujourd'hui l'objet d'une évaluation médicale insuffisante, voire quasi inexistante dans le cas des actes de soins et d'analyse. Il n'est pas rare en effet que les instances chargées d'émettre un avis sur leur inscription au remboursement soient composées de praticiens – professionnels, industriels ou représentants de l'assurance maladie – qui auront ensuite à appliquer ces décisions ou à les contrôler.

La première mission dévolue à la Haute autorité de santé, dont le collège sera composé de personnes nommées au seul titre de leur compétence et de leur expérience scientifiques, sera donc de procéder de l'évaluation périodique du service attendu et rendu par l'ensemble des produits, des actes ou des prestations de santé.

Par son expertise médicale, la haute autorité devra également contribuer à l'élaboration des décisions prises dans le domaine du remboursement ainsi que des conditions particulières de prise en charge des soins pour les affections de longue durée. Elle pourra être saisie par l'assurance maladie, l'Etat, les professionnels de santé et les représentants des usagers pour réévaluer l'efficacité de certains actes médicaux et certains traitements, si cela s'avère nécessaire.

Elle permettra ainsi de généraliser un dispositif d'évaluation qui n'existe réellement aujourd'hui que pour les médicaments, à travers la commission de la transparence, et d'« objectiver » davantage les conditions de prise en charge des actes et des produits de santé par l'assurance maladie.

b) La promotion des bonnes pratiques et l'amélioration de l'information des professionnels de santé et des assurés

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souligné l'existence d'insuffisances notoires en matière d'élaboration, et plus encore, de diffusion des références des bonnes pratiques et de soins. Celles-ci semblent liées tout à la fois à l'abondance de l'information disponible, du fait notamment de multiples intervenants dans ce domaine – les caisses d'assurance maladie, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) ou encore les sociétés savantes – mais également du fait de référentiels pas toujours présentés et diffusés de façon suffisamment accessible, lisible et adaptée aux besoins quotidiens des professionnels de santé.

En outre, lorsqu'elles existent, ces recommandations sont loin d'être appliquées uniformément par l'ensemble des professionnels. C'est par exemple le cas des médicaments hypolipémiants de traitement du cholestérol, qui ne devraient en principe être prescrits qu'en cas d'inefficacité constatée, après trois mois, de règles d'hygiène de vie et de diététique, et en fonction du taux mesuré de « mauvais cholestérol ».

« *Sur ce sujet, il faut [donc] passer à la vitesse supérieure* », comme l'a appelé de ses vœux le ministre de la santé et de la protection sociale, lors de son audition par la commission le 17 juin dernier. La Haute autorité de santé se verra ainsi confier une deuxième mission tout aussi essentielle, à savoir veiller à l'élaboration et à la diffusion des référentiels de bonne pratique et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines.

Instance de coordination des travaux des agences spécialisées (AFSSAPS et ANAES) et d'impulsion de la diffusion des bonnes pratiques, qui a trop longtemps marqué le pas dans notre pays, la Haute autorité de santé pourra également s'appuyer dans l'exercice de ses missions sur les données recueillies par l'Institut des données de santé.

c) L'appui de l'Institut des données de santé

Dans l'exercice de ses missions, la Haute autorité devra pouvoir s'appuyer sur des bases de données actualisées et de grande ampleur. Attendue par les acteurs du système de financement des soins et en particulier par les organismes d'assurance complémentaire en santé, la création de l'Institut des données de santé du projet était préconisée, afin d'accroître le partage de telles données, par plusieurs rapports : celui du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, mais aussi celui rédigé par M. Christian Babusiaux ou encore celui du comité pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie. C'est précisément ce conseil, doté d'un champ et de moyens d'action trop restreints, auquel se substitue l'Institut des données de santé. Volontiers qualifié d'« INSEE de la santé », l'institut ne

devrait pourtant pas en posséder les missions d'études ; en revanche, l'objectif poursuivi est bien d'en faire un établissement collecteur et diffuseur de données bénéficiant d'une crédibilité incontestée. Sur la forme, le choix du groupement d'intérêt public apparaît des plus judicieux pour faire échanger avec souplesse des acteurs aussi différents que les caisses, les assureurs, les professionnels de santé ou les établissements. Quant au fond, les données susceptibles d'être utilisées par les membres du GIP sont bien évidemment anonymes, et protégées par la CNIL.

2. Des pouvoirs de l'assurance maladie étendus en matière de remboursement des dépenses

À partir d'un constat partagé selon lequel, pour reprendre en substance les propos du ministre de la Santé devant la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie, il n'est plus possible de prévoir la fixation des taux de remboursement des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie dans un bureau de l'avenue de Ségur, le présent projet procède à de substantiels transferts de compétences du gouvernement vers l'assurance maladie en cette matière, comme le prévoit en particulier son article 23. Le même raisonnement peut être transposé aux dispositions des articles 24 et 25, respectivement consacrées à l'inscription des actes et prestations à la nomenclature et aux missions du Comité économique des produits de santé : davantage de pouvoirs pour l'assurance maladie, mais pas de désengagement complet de l'État.

Ainsi, l'UNCAM reçoit compétence pour déterminer, en lieu et place du pouvoir réglementaire, le taux de remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie. Le puissant levier du montant du ticket modérateur est donc transféré à l'union nationale des caisses et, même si cette compétence demeure encadrée dans des limites fixées par décret, elle représente une grande avancée dans la voie de la possession par les gestionnaires des régimes des moyens concrets d'assumer leur rôle de gestionnaires.

L'UNCAM se voit également confier, en lien avec la Haute autorité de santé, la responsabilité principale de la procédure d'inscription à la nomenclature des actes et prestations remboursables – jusques et y compris en matière de cotation tarifaire –, hors dispositifs médicaux. Les ministres compétents conservent néanmoins un droit d'opposition, pour raisons de santé publique.

Enfin, en matière de fixation des prix des médicaments et dispositifs médicaux remboursables, l'assurance maladie bénéficie également de prérogatives accrues, sous forme d'un pouvoir de décision qui se substitue aux compétences ministérielles actuelles, moyennant, là encore, un ultime droit d'opposition. Sont ainsi reconnues à l'article 25 l'expertise et la compétence du Comité économique des produits de santé. De par ses pouvoirs accrus et sa composition codifiée pour mieux y associer les régimes obligatoires de base d'assurance maladie, le comité voit sa place confortée dans le sens d'une amélioration de la chaîne du remboursement, au bénéfice des assurés.

Ce véritable basculement de compétences ne fait pas que promouvoir les gestionnaires des régimes de base ; il les place devant leurs responsabilités en faisant le choix d'une plus grande délégation de gestion. Désireux, dans leur grande majorité, de s'impliquer effectivement dans cette gestion, les partenaires sociaux se trouveront en première ligne.

3. Une compétence confortée dans le champ conventionnel

a) Une nécessaire modernisation du cadre conventionnel

Les dispositions du projet de loi s'appuient sur le constat d'un paysage conventionnel en crise profonde.

Un des piliers de l'assurance maladie, et donc de l'organisation de notre système de soins, est le conventionnement des professionnels de santé et plus particulièrement des médecins. La convention médicale peut être considérée comme l'acte fondateur entre les médecins et la société. C'est l'outil qui permet de concilier deux principes qui pourraient, sans lui, entrer en contradiction l'un avec l'autre : d'une part, un haut degré de liberté dans l'organisation du système de soins et, d'autre part, un haut niveau de la socialisation des dépenses de santé.

Or, le système conventionnel, créée en 1967, traverse une crise profonde depuis plus une dizaine d'années. A titre d'illustration, il est utile de rappeler que les rapports des médecins spécialistes avec les régimes de l'assurance maladie sont fixés depuis 1995 par un règlement conventionnel minimal qui consiste dans la fixation unilatérale par l'Etat de certains éléments relevant de la convention. Les médecins généralistes sont, eux, restés sous statut conventionnel.

Le rapport 2003 de la Cour des comptes sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, les conclusions des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de celles de la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie convergent pour souligner l'inefficacité du système conventionnel actuel pour réguler les relations entre les régimes de l'assurance maladie et les professions de santé.

Le dispositif est lourd, inefficace, marqué par des litiges juridiques. Il place l'Etat dans la position de décideur d'ultime recours et ne conduit pas à responsabiliser les partenaires aux négociations conventionnelles. Il ne donne satisfaction à personne.

Ces diagnostics mettent en évidence la nécessité de moderniser le cadre conventionnel, ce qu'a déjà entrepris, mais dans un cadre institutionnel inchangé, la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes de l'assurance maladie, qui avait créé l'accord-cadre interprofessionnel.

Le présent article s'inscrit dans une réforme plus ambitieuse du système de santé et propose des changements structurels.

b) Une responsabilisation renforcée des acteurs du champ conventionnel

Il convient en premier lieu de noter que le présent projet, dans l'esprit d'une délégation élargie aux acteurs de l'assurance maladie, propose d'étendre le champ de la négociation conventionnelle.

Ainsi, l'article 5 du présent projet renvoie à la convention conclue entre les organisations de médecins et les caisses pour fixer les modalités de dépassement d'honoraires des médecins en cas de consultation d'un patient n'ayant pas au préalable consulté son médecin traitant. En outre, l'article 6 du projet permet à des organisations représentatives de professions de santé de conclure des accords interprofessionnels sur des sujets précis. L'article 29 confie à la convention le soin de définir les modalités d'organisation du dispositif d'aide à l'installation des professionnels libéraux, en particulier les obligations auxquelles sont soumis les bénéficiaires de ces aides et les modalités d'attribution des aides.

L'article 28 du projet propose de simplifier la conclusion et l'application des conventions, en apportant les modifications suivantes :

- facilitation des conditions de transmission des conventions aux ministres ;
- facilitation des conditions de leur approbation ;
- instauration d'un « droit d'opposition » ;
- suppression du règlement conventionnel minimal (RCM) et la création d'une procédure d'arbitrage.

Transmission aux ministres et approbation des conventions

L'article 28 du projet simplifie la procédure en supprimant l'obligation de transmission aux ministres chargés de l'agriculture, de l'économie et du budget (l'obligation de transmission des conventions ne concerne donc que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale). Ce changement est cohérent avec les mesures financières visant à mieux distinguer le budget de l'Etat de celui des régimes de l'assurance maladie (dont le transfert d'une partie des ressources provenant des droits tabac à l'assurance maladie) et avec le choix d'une maîtrise des dépenses de santé sur une base médicalisée. L'article 28 propose que le délai à l'issue duquel l'accord est réputé approuvé soit réduit de quarante-cinq à vingt et un jours.

Il est en outre proposé de réduire les motifs d'opposition des ministres à la non-conformité aux lois et règlements et à la présence de dispositions contraires à la politique de santé publique ou à la sécurité sanitaire. Dans la rédaction en vigueur, les ministres peuvent s'opposer à la convention en raison de l'incompatibilité de la convention avec l'objectif de dépenses. Cette proposition

diminuera considérablement la marge de manœuvre des ministres et elle responsabilise d'autant les partenaires à la convention. Elle signifie que les décisions conventionnelles ne peuvent faire l'objet d'un refus par le ministre de la santé ou de la sécurité sociale que pour des motifs liés à la légalité de l'accord ou à des motifs de santé publique.

Création d'un droit d'opposition

A l'image de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, l'article 28 crée une sorte de « droit d'opposition majoritaire » qui vise à éviter l'adoption de dispositions conventionnelles auxquelles serait opposée la majorité de la profession concernée. Si cette possibilité d'un droit d'opposition majoritaire n'est pas employée par un ou des syndicats contestant une convention, cela exprime de leur part une adhésion minimale à ses dispositions. Cette procédure responsabilise davantage les négociateurs et évite des surenchères stériles. Si un ou des syndicats utilisait cette procédure et échouait à réunir une majorité, la convention pourrait en ressortir paradoxalement renforcée.

Mise en place d'un règlement arbitral

Le projet vise à supprimer le règlement conventionnel minimal, dont la fixation unilatérale par l'Etat est devenue incompatible avec le souhait d'une délégation élargie aux partenaires sociaux. La procédure d'arbitrage intervient en cas de rupture de négociation ou d'opposition à la reconduction d'une convention. L'arbitre désigné soit par accord des parties, soit par le premier président de la Cour des comptes, arrête un projet de convention « *dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé* ». Ce projet est soumis pour approbation aux ministres, qui ne peuvent s'y opposer que pour des motifs liés à la santé publique ou à la légalité de la convention. Si l'UNCAM et au moins un syndicat représentatif des professionnels de santé libéraux adhèrent à ce projet, ce projet devient la convention soumise à approbation ministérielle. Sinon, le projet s'applique en tant que règlement arbitral.

C. UNE ORGANISATION ET UNE GESTION PLUS COHERENTES DE L'ENSEMBLE DU SYSTEME DE SOINS

1. La coordination tant attendue des régimes de base et des complémentaires

La maîtrise des dépenses de santé s'est fréquemment heurtée à la mauvaise coordination entre régimes de base et couverture complémentaire : ainsi, les mesures tels le ticket modérateur, le forfait hospitalier ou encore les déremboursements ou moindres remboursements se sont souvent heurtées par le passé à cet obstacle. Loin d'agir de façon coordonnée avec les régimes de base, les complémentaires se sont souvent posées en concurrentes en offrant aux patients

une couverture du vide laissée par la couverture de base, en investissant les nouveaux marchés ainsi ouverts.

Le respect des règles de la concurrence et de la liberté d'entreprendre s'accommode mal de mesures autoritaires interdisant de telles pratiques. Dès lors, la solution passe d'abord par un dialogue entre ces deux catégories d'acteurs. L'article 31 en permet l'instauration par la création à la fois de l'UNCAM et d'une union des organismes de protection sociale complémentaire. La seconde émet un avis sur certaines décisions relevant de la compétence de la première tout en respectant la prééminence des régimes de base dans la prise de décision. La solution passe ensuite par des mesures incitatives : l'article 32 crée une incitation financière forte pour les complémentaires à respecter le cahier des charges établi par l'Etat sur proposition des deux unions définissant notamment le champ des dépenses qui ne doivent pas être remboursées au premier euro.

Cette coordination permet d'ailleurs d'envisager la poursuite de l'extension de la couverture complémentaire dont 8 % de Français sont encore dépourvus.

2. Le renforcement de la coordination entre la ville et l'hôpital : la réforme concerne aussi l'hôpital

La présente réforme n'a de sens que dans la mesure où elle concerne l'hôpital, qui concentre la moitié des dépenses de l'assurance maladie.

Cette extension de la réforme à l'hôpital se traduit par l'application de nombreux dispositifs de maîtrise médicalisée aux établissements de santé, comme le dossier médical personnel ou la promotion des bonnes pratiques (*cf. infra*, partie I). Elle se traduit aussi par la réforme de la gouvernance de l'hôpital au niveau local grâce à la promotion de la coopération entre les agences régionales de l'hospitalisation et les URCAM (*cf. infra*).

Au niveau central, l'article 26 du présent projet crée un « comité de l'hospitalisation » qui a vocation à associer les régimes de l'assurance maladie dans le pilotage de la politique hospitalière.

En France, la politique hospitalière ne pourra sans doute jamais échapper complètement à la tutelle étatique. En particulier, l'Etat conserve compétence pleine en matière de négociation sur les statuts et les rémunérations de la fonction publique hospitalière et des médecins praticiens hospitaliers. L'importance de la fonction publique hospitalière, la présence de corps nationaux des directeurs d'hôpitaux ou de praticiens hospitaliers, l'impact local des restructurations hospitalières, les impératifs de sécurité sanitaire et enfin le mode de financement conduisent à souligner la prépondérance de l'Etat dans le pilotage de cette politique, alors même que l'hôpital représente plus de la moitié des dépenses des régimes de l'assurance maladie, régimes gérés par les partenaires sociaux.

Un besoin de coordination avec l'assurance maladie est apparu, aboutissant à la proposition de création de ce comité de l'hospitalisation. L'objectif recherché est de créer un centre d'expertise qui, sur le sujet de la politique de financement, associerait davantage l'assurance maladie aux décisions prises relatives à l'hôpital public et privé. Cette mesure s'inscrit dans un contexte marqué par l'application progressive de la réforme appliquant la tarification à l'activité dans les hôpitaux et les cliniques.

A titre de rappel, la nécessité de créer une instance nationale de concertation de l'hôpital qui associerait les régimes de l'assurance maladie avait été mise en évidence par le rapport de la mission parlementaire d'information sur l'organisation interne de l'hôpital¹.

Le périmètre de ce comité est limité à la politique de financement des établissements. Ses compétences restent minces : le comité donne des avis sur des décisions financières prises par le gouvernement, il est informé de certaines décisions, notamment les accords salariaux, et il peut procéder à des consultations. La discussion parlementaire parviendra peut-être à renforcer la portée de cette innovation bienvenue.

De l'avis unanime, l'échelon régional est le plus pertinent pour mettre en œuvre une coordination concrète entre la ville et l'hôpital. C'est la raison pour laquelle, à l'article 37, est mise en place une articulation institutionnalisée entre l'agence régionale de l'hospitalisation responsable de la gestion de l'hôpital et l'union régionale des caisses d'assurance maladie désormais mise à même, de par l'article 36, d'exercer un certain pilotage de l'offre de soins de ville dans son ressort territorial. L'enjeu est majeur ; il doit être traité en conséquence dans le texte.

3. L'enjeu majeur de la coordination à l'échelon régional

À l'échelle régionale, force est de constater que le pilotage des organismes d'assurance maladie ne s'exerce pas avec toute l'efficacité souhaitable. Alors que les caisses régionales d'assurance maladie n'ont pas pour rôle, contrairement à ce que leur nom pourrait laisser penser, de coordonner l'action des caisses primaires, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) mises en place à la fin de 1997 pour définir et mettre en œuvre une véritable politique régionale de gestion du risque n'ont pas, faute de moyens et de prérogatives suffisants, convenablement rempli cet office.

Tirant les conséquences de cet état de fait, l'article 36 du projet renforce notablement les URCAM, d'une part en rénovant leur structure pour l'aligner sur le schéma conseil / directeur adopté pour la caisse nationale et pour les caisses locales, d'autre part en les dotant de réels pouvoirs d'impulsion, y compris financière : dans le cadre d'un contrat conclu avec l'UNCAM, chaque URCAM

¹ *Rapport d'information de M. René Couanau sur l'organisation interne de l'hôpital, n° 714, déposé le 19 mars 2003, p. 59*

pourra être financièrement intéressée à l'atteinte de certains objectifs et pourra à son tour encourager financièrement la conduite à l'échelle régionale d'actions de promotion de la qualité et de l'efficacité des soins. On mesure ainsi le saut qualitatif du pilotage régional de l'assurance maladie. Là aussi, la discussion parlementaire pourrait en renforcer la portée.

On peut dater des ordonnances de 1996 pour l'essentiel, l'impulsion donnée à l'échelon régional dans l'organisation de l'assurance maladie. Depuis lors, les structures y ont « fleuri » à tel point que l'observateur non averti peut peiner à établir la cohérence du paysage institutionnel. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ne dit d'ailleurs pas autre chose, qui critique les « empilements institutionnels » et indique que « le cloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire empêche une gestion optimale des ressources centrée sur le malade ».

La surcharge de l'échelon régional, dit encore très justement le rapport du Haut Conseil, est manifeste. Dresser une liste non exhaustive des entités présentes en région s'apparente à une figure imposée non dépourvue de vertus pédagogiques : agences régionales de l'hospitalisation, unions régionales des caisses d'assurance maladie, unions régionales des médecins libéraux, directions régionales des affaires sanitaires et sociales, caisses régionales d'assurance maladie, conférence régionale de santé, groupements de santé publique, groupements de coopération sanitaire, observatoires régionaux de santé... Non que chacune de ces instances, prise individuellement, n'ait sa logique propre, mais l'empilement ne peut que nuire à l'efficacité et le système en paie le prix, en termes de qualité.

À cette stratification des organismes fait écho la succession rapide de textes de valeur législative traitant, chacun sous un angle différent, de la santé à l'échelon local. Pour ne recenser que les plus récents : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, lois de financement (pour 2004 notamment), loi d'habilitation, ordonnance du 4 septembre 2003 qui en est issue, nouveau projet de loi d'habilitation, projet de loi relatif à la politique de santé publique, projet de loi relatif aux responsabilités locales, projet de loi relatif aux territoires ruraux (s'agissant des zones sous-médicalisées)...

Devant un tel constat, il est fort logique que se soit fait jour, depuis plusieurs années maintenant, la volonté de regrouper en de vastes agences régionales de santé toutes les compétences sanitaires et médico-sociales. À lire l'article 37, ce projet est présent en filigrane ; cependant, l'on doit à la vérité de dire qu'il y a loin d'un tel projet à sa réalisation effective, tant sont nombreux et complexes les obstacles techniques et juridiques à un regroupement aussi ambitieux. Le texte fait donc œuvre de sagesse en prévoyant « seulement » une coopération renforcée entre les organes décisionnaires des ARH et des URCAM.

Pour autant, un équilibre est sans doute à trouver entre la création prématurée d'agences régionales de santé et l'esquisse trop timide d'un mécanisme de coordination. Dès lors, il semble possible de rédiger un texte un peu

plus volontariste, afin que la perspective de la création des ARS, même à un terme assez éloigné, ne soit pas perdue de vue. Il y va, sans conteste, de l'avenir de la régulation de l'offre et de la demande de soins, tant l'échelon régional s'impose comme le plus pertinent.

III.– QUALITE ET GOUVERNANCE, RENFORCEES PAR DES MESURES FINANCIERES, PERMETTRONT D'ASSAINIR LES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE

Le gouvernement s'est d'emblée refusé à faire du présent projet de loi un nouveau plan de redressement financier de l'assurance maladie qu'aurait rapidement rendu désuet la capacité d'un système de santé source de non-qualité et sans cohérence. Un simple ravaudage de cette nature aurait immanquablement appelé de nouvelles mesures financières à court terme. En revanche, les réformes de structures portées par le projet de loi dans ses deux premiers titres contribuent à la réalisation d'économies plus intelligentes, conséquentes et durables que des mesures purement financières. En revanche, il n'est pas possible – notamment compte tenu du passif accumulé – de faire l'impasse sur de telles mesures, au surplus plus légitimes dès lors que les ressources seront mieux gérées.

A. L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SOINS PERMETTRONT DES ECONOMIES CONSIDERABLES

1. Des économies liées à une dépense de soins plus efficiente

a) Le choix d'une maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Ecartant la régulation comptable, aussi injuste qu'inefficace, le gouvernement propose une maîtrise des dépenses grâce à deux moyens : d'abord grâce à l'utilisation d'outils médicalisés et ensuite grâce au renforcement de la qualité.

Cette qualité accrue des soins concerne autant les professionnels installés en ville que les établissements de santé. Elle passe aussi par le changement des comportements des usagers grâce à des mécanismes incitateurs. Il s'agit de mieux responsabiliser les assurés.

Ainsi, le patient sera encouragé à laisser les professionnels de santé qu'il consulte accéder à son dossier médical personnel. Il peut choisir de ne pas laisser le professionnel accéder à son dossier médical personnel, mais il devra alors assumer les conséquences financières de son comportement (participation majorée). Certes, le déploiement du dossier médical personnel sera source de dépenses ; mais à terme les économies que le dossier médical personnel engendrera (moins de prescriptions de médicaments, d'analyses, d'examens...) couvriront largement ces coûts.

La qualité des soins passe aussi par une meilleure coordination des soins grâce au système du médecin traitant. Les mécanismes financiers mis en place découragent le nomadisme médical, phénomène à l'ampleur mal connue mais source de gaspillages et de prise en charge sanitaire insuffisante. Ce nomadisme est aussi combattu par les dispositions relatives aux affections de longue durée.

b) La réforme du mode de financement des établissements de santé devrait graduellement porter ses effets

La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a profondément modifié les principes de tarification des prestations hospitalières en prévoyant une application graduelle de la tarification à l'activité. En abandonnant le système du budget global et en prévoyant le financement sur la base de tarifs nationaux, éventuellement modifiés par des coefficients correcteurs, certaines activités restant financées par des enveloppes forfaitaires.

Il s'agit là d'une profonde réforme, qui vise à appliquer le principe de responsabilisation aux personnels des établissements et, aux agences régionales de l'hospitalisation. La loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit, notamment les articles 6 et 21, et l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation administrative et du fonctionnement du système de santé ainsi que de procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation ont augmenté les compétences des agences régionales de l'hospitalisation.

Cette réforme est d'application graduée (8 ans) et elle prévoit, s'agissant de l'hospitalisation publique, une montée en charge progressive en augmentant chaque année la proportion du budget de l'hôpital financée par la tarification à l'activité. La réforme augmentera les moyens des établissements particulièrement actifs. Elle devrait accroître l'efficacité du système hospitalier en favorisant des regroupements et des restructurations du tissu hospitalier, et constitue à ce titre la preuve que l'hôpital est lui aussi concerné par la réforme. En outre, l'article 50 du projet de loi de simplification du droit, actuellement en discussion au Parlement, habilite le gouvernement à modifier par ordonnance l'organisation interne de l'hôpital. Ces modifications devraient assouplir l'organisation des établissements afin de faciliter leur adaptation aux changements qu'impose la réforme portant tarification à l'activité.

c) Des gisements d'économies importants du côté des produits de santé

S'agissant des produits de santé, spécialités pharmaceutiques et dispositifs médicaux, les gisements d'économies sont également de grande ampleur au stade de la fixation des prix, des tarifs de responsabilité et des taux de remboursement. De ce point de vue, les articles 23 à 25 du projet, en accroissant les prérogatives de l'assurance maladie au sein des organismes compétents pour prendre de telles décisions, portent en germe des possibilités de moindre progression de dépenses traditionnellement dynamiques. En 2003, le total des mesures de déremboursement ou de baisse de remboursement de médicaments a représenté quelque 350 millions d'euros et, en 2004, 270 millions d'euros sont attendus de l'évolution du prix des médicaments et dispositifs médicaux ainsi que de l'évolution de certains taux de marge des entreprises.

Pour autant, la Cour des comptes note que « *la France est le seul pays européen qui poursuive simultanément un aussi grand nombre d'objectifs : le réseau de répartition et de distribution le plus dense, protégé par un encadrement des marges et des remises commerciales à tous les stades, une protection de l'industrie contre l'importation dite « parallèle », un rapprochement des prix industriels les plus chers, un taux moyen de remboursement élevé et croissant, un nombre de présentations admises au remboursement très important, et cela dans un contexte où les quantités consommées par habitant sont parmi les plus élevées au monde.* »

D'autre part, il faut prendre conscience de la très forte prépondérance de l'effet de structure dans la hausse des dépenses de médicament : en 2002, pour une évolution globale du chiffre d'affaire des médicaments de 3,6 %, l'effet prix a joué pour - 1,5 %, l'effet volume pour 0,3 %, et l'effet de structure, c'est-à-dire la déformation vers les spécialités les plus coûteuses (qui sont souvent les plus récentes et/ou les plus innovantes), pour 4,9 %. Autant de données qui militent pour l'utilisation la plus large, par l'UNCAM et le comité économique des produits de santé, des marges de manœuvre que leur ouvre le projet.

2. Des économies résultant d'un meilleur contrôle et d'une gestion plus efficace

a) Un contrôle renforcé

L'assurance maladie va sur un certain nombre de points adopter dans une démarche de meilleur contrôle de sa gestion. Il devrait notamment en résulter une économie sur les coûts de gestion de la branche.

Cette démarche ne s'appliquera pas cependant uniquement à la gestion administrative du régime mais aussi aux actes et prestations eux-mêmes. Ainsi, à titre d'exemple, par le renforcement du contrôle médical et l'encadrement des pratiques des prescripteurs, le projet de loi doit permettre d'apporter une inflexion sensible à la progression des indemnités journalières. Une diminution de moitié du rythme de croissance des indemnités journalières (IJ) permettrait une économie de l'ordre de 800 millions d'euros en 2007.

Relèvent de la même logique les dispositions visant à la systématisation des recours contre tiers ou les nouveaux moyens juridiques octroyés aux agents chargés de la lutte contre le travail dissimulé, c'est-à-dire l'emploi de salariés sans versement des cotisations et contributions sociales ordinairement dues.

b) Des économies sur les frais financiers

La situation des comptes de l'assurance maladie est aujourd'hui catastrophique. Le déficit prévisionnel de la branche pour 2004 est supérieur à celui de l'ensemble du régime général en 1995 – alors même que ce dernier avait conduit à créer la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et un prélèvement à l'assiette quasiment identique à celle de la CSG : la contribution

pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Le seul déficit 2004 équivaut à la totalité de la dette accumulée entre 1996 et 1998 qui avait conduit à la prolongation de cinq ans de la durée de vie de la CADES et de la CRDS (de 2009 à 2014). Outre le fait que cette situation est incompatible avec les engagements européens de la France, la dette issue de l'accumulation des déficits pèse sur les comptes courants de la branche (500 millions d'euros d'intérêts prévus en 2004).

A contrario, la situation de la CADES est saine en dépit des charges nouvelles qui lui ont périodiquement été confiées depuis 1998. En outre, la CADES bénéficie de nombreux atouts au premier rang desquels figurent le dynamisme du produit de la CRDS et l'équilibre structurellement excédentaire de la caisse.

Dès lors, une nouvelle reprise de dette par la CADES – outre qu'il n'existe guère d'alternative – constitue une solution tentante. C'est celle retenue par l'article 45 du projet qui prévoit une reprise de dette de 35 milliards d'euros financée par la prolongation de la CADES et de la CRDS jusqu'à l'extinction de la dette. Si le transfert de la dette à la CADES semble une mesure de bon sens, il existe néanmoins un débat sur ses modalités. Le projet de loi fait le choix de la seule prolongation de la durée ; on aurait pu envisager une augmentation du taux de la CRDS – en fait un doublement – et le maintien de la date de 2014 pour l'extinction de la CADES. On aurait également pu envisager une solution intermédiaire évitant par une hausse modérée du taux un alourdissement excessif des prélèvements obligatoires couplée à une prolongation courte évitant de transférer une charge importante sur les générations futures. Nul doute que le débat sera nourri sur ce point.

B. UN EFFORT FINANCIER EQUITABLEMENT REPARTI

1. Une nécessaire participation de l'utilisateur pour favoriser un juste recours aux soins

a) La création d'une contribution forfaitaire pour chaque consultation et chaque acte médical

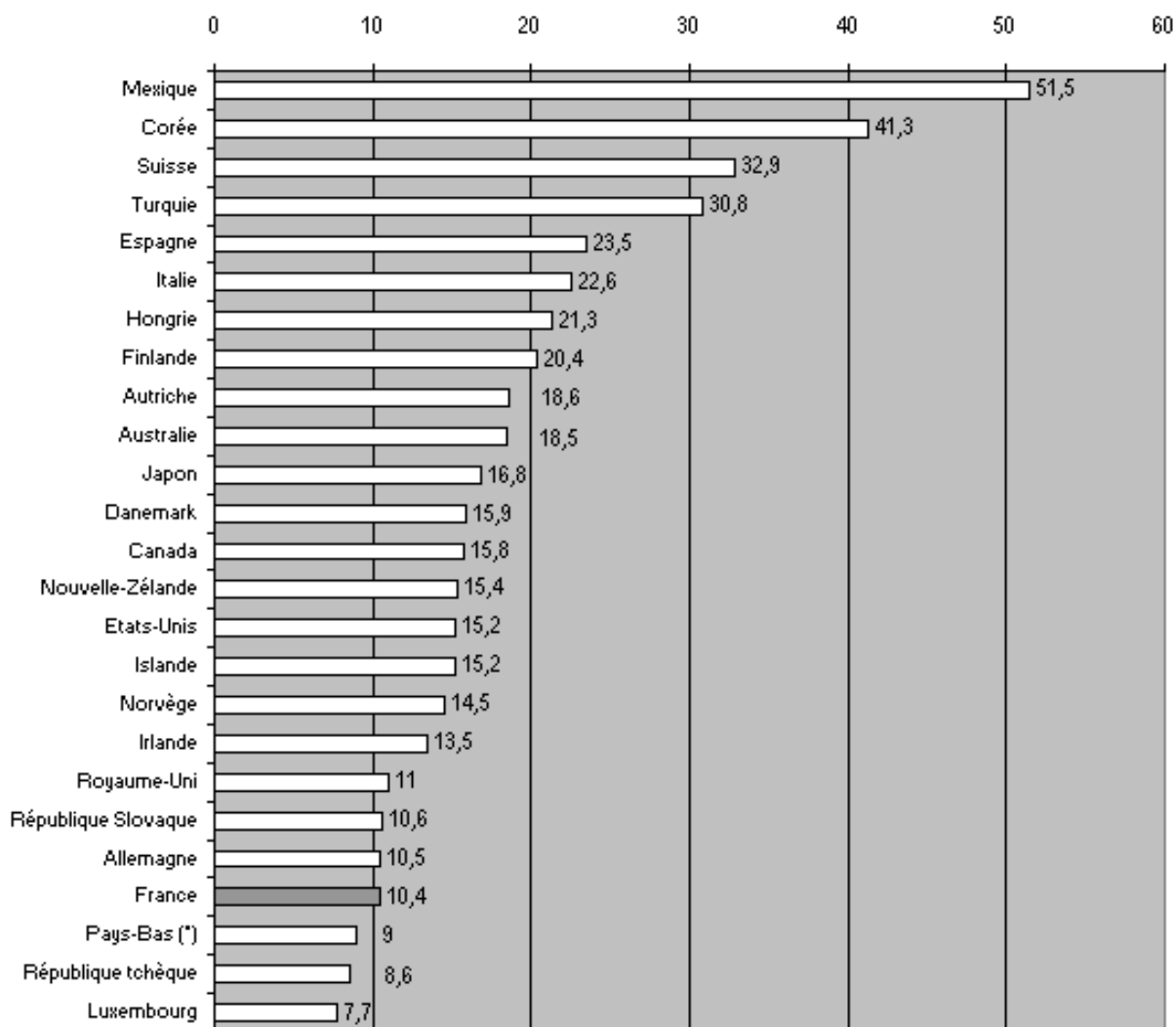
L'institution du « ticket modérateur », c'est-à-dire d'un reste à charge pour l'assuré après le remboursement par les caisses d'assurance maladie, visait initialement à faire prendre conscience aux assurés du coût de leurs dépenses de santé et limiter de ce fait les comportements abusifs en matière de consommation de soins.

Or, comme l'a souligné le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *on peut considérer que cette finalité n'a plus aujourd'hui qu'une portée extrêmement limitée, compte tenu de la proportion très élevée (environ 95 %) d'assurés bénéficiaires, soit d'une couverture complémentaire, soit d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie obligatoire* ». Toutes choses égales par ailleurs, les personnes bénéficiant d'une couverture

complémentaire recourent en effet entre 1,9 et 2,7 fois plus aux médecins de ville que les personnes dépourvues d'assurance complémentaire.

La participation financière des assurés français au coût des soins est ainsi l'une des plus faibles des pays développés, comme l'illustre le graphique suivant, extrait du rapport d'information de M. Edouard Landrain sur les réformes de l'assurance maladie en Europe (juin 2004).

*Les versements nets des ménages
en pourcentage des dépenses totales de santé
en 2000*



Source : OCDE, *Eco-santé*, 2003

A l'évidence, le rapporteur ne peut que se réjouir de cette évolution ainsi que du développement du tiers payant, qui ont été autant de jalons dans l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier pour les plus démunis. On ne saurait cependant ignorer que le corollaire nécessaire en est la « neutralisation » de l'effet du ticket modérateur sur la prise de conscience des assurés du poids des dépenses de santé, qui apparaît aujourd'hui, à bien des égards, limitée.

La prise de conscience du coût de la santé est insuffisante chez les usagers

« A la différence des représentants d'associations d'usagers auditionnés par la mission, qui ont démontré leur claire conscience des enjeux, y compris financiers, de l'indispensable réforme de l'assurance maladie, les études disponibles tendent à indiquer que les assurés sociaux ne réalisent pas leur condition d'assuré. On trouve ainsi trace de comportements de type patrimonial à l'égard des prestations en espèces : il arrive que les indemnités journalières de maladie soient perçues non seulement comme un salaire différé, mais encore comme un dû. Le comportement patrimonial n'est pas aussi net pour les prestations en nature, mais il peut se rencontrer également, sous la forme de raisonnements du type : « Je cotise, j'acquitte la CSG, j'ai droit à tel examen biologique ou tel acte clinique coûteux ». De tels excès sont certainement rares, mais ils n'en sont pas moins condamnables.

« Cela est d'autant plus vrai que, comme l'a rappelé M. Bertrand Fragonard devant la mission, citant une récente étude du CREDOC¹⁵, les Français sous-estiment le montant de leur contribution au financement du système de santé. 72 % des actifs ignorent le taux des cotisations d'assurance maladie pesant sur leur salaire. Parmi les 28 % restants, ils sont un tiers à l'estimer inférieur à 7 %. Quant au taux de la CSG, il est chiffré à moins de 4 % par 47 % de l'échantillon. Le coût d'une couverture complémentaire est mieux connu, probablement du fait de la connaissance par un certain nombre de personnes interrogées du montant de leur contrat individuel.

« En outre, selon l'étude précitée du CREDOC, la moitié des Français ignore le montant moyen par personne des dépenses de soins engagées en un mois. La moyenne des réponses s'établit à 50 euros, pour une fourchette s'étageant entre 0 et 2 000 euros, et 47 % des personnes interrogées mentionnent un montant de 15 euros. La loi du 4 mars 2002 autorise pourtant les caisses à informer les assurés sur les tarifs de remboursement et les conditions de prise en charge des biens et services médicaux.

« L'un des facteurs explicatifs de cette méconnaissance réside sans doute dans la généralisation du tiers payant. Une telle situation contribue à l'évidence à rendre difficile la maîtrise de la demande de soins ; elle invite aussi, d'ores et déjà, à mesurer l'effort de pédagogie nécessaire pour convaincre les Français de l'urgence d'une réforme d'ampleur, et à anticiper leur perception des efforts qui leur seront demandés. »

Source : extrait du rapport de la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie

C'est pourquoi l'article 11 du projet de loi propose d'instituer une contribution forfaitaire ou « franchise » à la charge des assurés pour chaque consultation ou chaque acte réalisé par un médecin, à l'exception néanmoins de ceux d'entre eux qui sont suivis d'une hospitalisation.

Pour autant, ce forfait ne doit pas constituer un obstacle à l'accès aux soins : fixé dans un premier temps par décret, puis par l'UNCAM, son montant serait en effet modeste, soit d'un euro. De plus, il est prévu que les mineurs ainsi que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'assurance maternité en soient exonérés.

Proche du « ticket modérateur d'ordre public » dans sa finalité, c'est-à-dire d'une participation restant automatiquement à la charge de l'assuré, le forfait institué par le projet de loi en diffère cependant par ses modalités, puisqu'il est proposé, à l'article 32, d'inciter les organismes complémentaires, par des mesures fiscales, à ne pas proposer dans leurs contrats la prise en charge de celui-ci. Symbole d'une solidarité partagée, cet euro doit ainsi permettre de responsabiliser chacun, en participant aux frais de soins pris en charge par l'ensemble de la collectivité.

b) L'augmentation du forfait hospitalier

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a confirmé lors de son audition par la commission spéciale que le gouvernement prévoit une augmentation graduelle du montant du forfait hospitalier. Le paiement de ce forfait hospitalier, qui peut être pris en charge par les organismes d'assurance complémentaire, ne s'applique pas à une série de cas qui bénéficient d'une exonération (enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle, victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, bénéficiaires de l'assurance maternité et de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre). La fixation de ce montant ressortit au pouvoir réglementaire mais l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale dresse la liste des exonérations. Depuis le 1^{er} janvier 2004, ce montant est de 13 euros.

2) Des recettes nouvelles servant le redressement financier

Le projet de loi fait le choix de créer des recettes nouvelles au profit de l'assurance maladie. Ces recettes répondent à la philosophie suivante : l'effort doit être équitablement partagé entre les différents contributeurs et doit rester d'un niveau modeste afin de pas pénaliser la croissance ni creuser les déficits.

Le projet de loi prévoit ainsi par ses articles 42, 43 et 44 un effort des entreprises – en particulier celles œuvrant dans le secteur pharmaceutique – par :

- la création d'une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés ;

- le relèvement des contributions assises sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux et des médicaments ;

- la pérennisation et le relèvement de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques instaurée à titre exceptionnel pour 2004 par la loi de financement de la sécurité sociale pour cette année ;

- un accroissement de la contribution due par les entreprises non conventionnées avec le Comité économique du médicament.

Est de même demandé un effort aux Français au travers des dispositions relatives à la contribution sociale généralisée figurant à l'article 41 du projet :

- réduction ⁽¹⁾ de deux points de l'abattement forfaitaire représentatif de frais professionnels ;

- hausse de 0,4 point du taux de CSG applicable aux revenus de remplacement – à l'exception des IJ – des personnes imposables ;

- hausse de 0,7 point du taux applicable aux revenus du patrimoine et des produits de placement et de 2 points des produits liés aux jeux.

(1) Qui touche également la CRDS.

Enfin, il est également demandé un effort à l'Etat qui, en vertu de l'article 39 du projet de loi, transférera à la CNAMTS une partie supplémentaire des droits tabac.

Le rapport des différentes mesures tant d'économies sur les dépenses que sur les recettes devrait donc en 2007 s'établir ainsi.

Impact financier de la réforme en 2007

| | |
|---|--------------|
| 1. Organisation et fonctionnement du système de soins | |
| Maîtrise médicalisée | 3,50 |
| Produits de santé | 2,30 |
| Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier) | 1,60 |
| Amélioration de la gestion des indemnités journalières | 0,80 |
| Systématisation du recours contre tiers | 0,30 |
| Economies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES) | 1,10 |
| Diminution des coûts de gestion de la CNAMTS | 0,20 |
| Total offre de soins | 9,80 |
| 2. Participation de l'utilisateur | |
| Contribution de 1 € par acte | 0,70 |
| Revalorisation du forfait journalier hospitalier | 0,30 |
| Total participation de l'utilisateur | 1,00 |
| 3. Redressement financier | |
| Transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la CNAMTS | 1,00 |
| Création d'une contribution additionnelle à la C3S | 0,90 |
| Relèvement de la CSG : | |
| - élargissement de l'assiette de la CSG des actifs | 1,00 |
| - relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités | 0,60 |
| imposables | 0,60 |
| - relèvement de 0,7 point du taux sur les revenus du patrimoine | 0,10 |
| - augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux | |
| Total volet recettes | 4,20 |
| TOTAL DES MESURES | 15,00 |

Source : Dossier de presse du ministère de la santé sur le projet de loi

*

La commission spéciale a tenu sept réunions d'une durée de 17 heures 30. Elle a examiné 1 360 amendements et en a adopté 113 : 65 du rapporteur, 19 du

groupe UMP, 5 du groupe socialiste, 14 du groupe UDF, 9 du groupe des député-e-s communistes et républicains et 1 d'un député n'appartenant à aucun groupe.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I.- AUDITION DES MINISTRES

La commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie a entendu **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, et M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie**, sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie au cours de sa séance du jeudi 17 juin 2004.

Le président Yves Bur a souligné qu'il a fallu attendre neuf ans après la démarche courageuse de M. Alain Juppé avant qu'un gouvernement ne s'attaque à nouveau à un domaine jugé particulièrement risqué. Après un long travail de concertation et le rapport très consensuel du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le ministre relève le défi de remettre sur les rails une assurance maladie et un système de santé qui, sans intervention, vont dans le mur. Comme l'a rappelé hier la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale, le taux de couverture des charges de l'assurance maladie par ses produits est tombé à 90 %. En clair, 10 % de ses dépenses ne sont pas financés, ce qui représente l'équivalent des remboursements de médicaments.

Face à une telle situation, il était temps de réagir. Il faut se réjouir de la détermination des ministres, MM. Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand, à sauver notre sécurité sociale. L'objectif du projet de réforme – et de l'ensemble des mesures qui ont fait l'objet de débats avec les partenaires sociaux – est d'engager le pays, les Français et bien évidemment les professionnels de santé dans une démarche de changement des comportements afin que chacun des acteurs fasse un usage raisonné et raisonnable du système de santé, avec le souci permanent de l'utilisation optimale des ressources. Il s'agit d'un chantier considérable.

Cette mobilisation doit associer les usagers. Elle doit concerner aussi naturellement les professionnels de santé qui portent la responsabilité première dans la réussite de la réforme. Celle-ci n'exonère pas l'hôpital de profonds changements afin de mieux utiliser les moyens considérables qui lui sont consacrés.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a d'abord souligné la fierté que M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, et lui-même éprouvent de présenter devant les députés le projet de loi relatif à l'assurance maladie. Conformément au souhait du Président de la République, le gouvernement engage, un an après la réforme des retraites, la modernisation du pilier majeur du système de protection sociale que constitue l'assurance maladie. Cela montre tout l'attachement que le gouvernement et les parlementaires accordent à ce système public et solidaire. Cette réforme est attendue par les Français et peut les rassurer sur l'avenir de leur système d'assurance maladie, qui est préservé et consolidé.

Le système de santé entre dans une nouvelle étape de cette grande réforme, celle du débat au Parlement. C'est une étape majeure qui permettra de faire évoluer le projet du gouvernement. Ce débat au Parlement fait suite à une phase de concertation très intense menée avec l'ensemble des acteurs du monde de la santé, de l'assurance maladie et des partenaires sociaux. Cette concertation a permis d'aboutir à un projet qui va faire évoluer en profondeur le système de santé et d'assurance maladie et tous ceux qui ont contribué à l'amélioration du projet, dans le cadre de la démocratie sociale, doivent être remerciés. Peu de réformes ont donné lieu à autant de rencontres, d'échanges et de débats. Depuis plus de deux mois, les ministres ont été en contact permanent avec les partenaires sociaux, les représentants des professionnels de santé et des patients, les représentants des organismes d'assurance maladie de base et complémentaire. Plus d'une centaine d'entretiens ont été menés avec l'ensemble des partenaires de cette réforme.

Cela est venu après le diagnostic partagé établi par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et la première phase de concertation menée par M. Jean-François Mattei, dont l'action doit être saluée. Tous les acteurs de l'assurance maladie, auxquels il faut rendre hommage, se sont, eux aussi, investis dans cette concertation, et ont fait remonter leur vision de la situation, leurs propositions, leurs inquiétudes.

La contribution de l'Assemblée nationale à ce grand débat, grâce aux travaux de la mission présidée par le Président de l'Assemblée nationale, M. Jean-Louis Debré, sur la problématique de l'assurance maladie, a également été importante. Les travaux de la mission ont bien montré les enjeux de la modernisation de l'assurance maladie. L'assurance maladie est bien, en effet, ce « *patient gravement affaibli* » que la mission évoque et il faut faire à la fois des « *soins intensifs* » et de « *la chirurgie réparatrice* ». Comme l'avait relevé le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, la mission a souligné la nécessaire réorganisation du système de soins comme de la gouvernance de l'assurance maladie et pointé l'indispensable responsabilisation de tous les acteurs. Au-delà des divergences de fond qui subsistent et qui subsisteront sans doute entre les différentes familles politiques sur ce sujet, le travail de cette mission parlementaire a joué un rôle très important dans cette phase de concertation et de débats.

Mais après le temps de l'écoute, du dialogue et de la concertation est venu le temps de l'action.

Face à l'accumulation des déficits, il est en effet indispensable de stopper la dérive des comptes et d'entamer le retour à l'équilibre. La Commission des comptes de la sécurité sociale, qui s'est réunie hier, a rappelé l'ampleur des déséquilibres actuels. Le déficit devrait atteindre près de 12,9 milliards d'euros. Ce résultat s'explique d'abord par la faible croissance des recettes. La croissance de 1,9 % de la masse salariale en 2003 et les prévisions actualisées pour 2004, soit 2,9%, demeurent relativement faibles. La croissance montre des signes de reprise mais qui demeurent encore trop modestes pour avoir un impact sur les recettes. Tous souhaitent voir cette tendance s'accélérer, ce qui se vérifiera ou non à l'automne. Cette atonie

conjoncturelle des recettes se conjugue avec un dynamisme des dépenses de l'assurance maladie qui ne se dément pas. L'ensemble des travaux récents, qu'il s'agisse du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ou du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, montre bien la continuité des évolutions dans ce domaine depuis 1997 : depuis cette date, le déficit structurel de l'assurance maladie, c'est-à-dire le déficit corrigé des variations conjoncturelles, a crû continûment. Il s'agit bien, ici, d'une tendance de fond relative aux dépenses de santé.

Une croissance exceptionnelle des recettes en 2001 et 2002, liée à une conjoncture économique internationale très particulière, a masqué ce dynamisme des dépenses. Une fois cette évolution favorable des recettes passée, le ralentissement de la croissance a brusquement fait ressortir le déficit cumulé. Une telle vivacité des dépenses fait peser une menace sur l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Les années 2002 et 2003 ont été aussi marquées par des mesures ponctuelles qui ont contribué à entretenir ce dynamisme des dépenses d'assurance maladie, en particulier la mise en place des 35 heures : 3,4 milliards d'euros, c'est le coût des 35 heures à l'hôpital. Ce montant considérable continue de peser en 2004 sur l'évolution des dépenses hospitalières.

Il y a néanmoins des signes positifs lorsque l'on regarde attentivement l'évolution très récente de l'assurance maladie. L'année 2003 marque une première décélération de la croissance des dépenses de l'assurance maladie par rapport à 2002, où le taux de croissance atteignait 7,2 %. Ensuite, le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), même s'il reste important, se réduit substantiellement par rapport aux années antérieures : il ne sera que de 1,2 milliard d'euros en 2003, contre plus de 3 milliards d'euros en 2001 et presque 4 milliards d'euros en 2002. Les premiers chiffres pour 2004 confirment cette nouvelle tendance même s'il convient de rester prudent. Ces évolutions ne permettent pas de revenir à l'équilibre mais elles évitent une plus forte dégradation des comptes. Face à l'ampleur de ces déséquilibres, il est donc nécessaire d'agir et d'entamer ce « *redressement par la qualité* » qu'appelle de ses vœux le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Organiser notre système de soins est la priorité du gouvernement : c'est le cœur du projet de loi.

Le premier élément de cohérence du système de soins est la constitution du dossier médical personnel. Chaque Français doit pouvoir disposer d'ici 2007 de ce dossier médical, qu'il partagera avec son médecin traitant et, le cas échéant, avec l'ensemble des professionnels de santé avec lesquels il est en contact. Ce dossier répond à une demande d'information médicale de la part de nos concitoyens ; il est aussi un droit donné aux patients par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce dossier sera obligatoire et à terme, l'accès au dossier conditionnera le remboursement des soins. L'expérience menée en 1993 par le ministre de la santé, Mme Simone Veil, où le dossier médical n'avait pas été rendu obligatoire, est à cet égard riche d'enseignements. L'ensemble des

partenaires gagnera à la mise en place rapide d'un dossier médical : le médecin par un meilleur suivi de son patient grâce à l'information en temps réel sur son patient ; le patient, par une garantie de qualité de soins et un accès unifié aux informations le concernant, trop souvent éparses ; l'assurance maladie, par la limitation des soins inutiles ou dangereux .

L'organisation de l'offre de soins suppose aussi de construire de véritables « parcours de soins » au bénéfice du malade, qui ne doit plus être laissé seul face à une organisation qu'il ne comprend pas toujours et dans laquelle, parfois, il se perd. Tout le monde a en tête des exemples personnels, ou de proches, d'exams ou de consultations répétés parce que le patient est mal renseigné ou qu'il ne sait pas précisément à qui s'adresser. Il est nécessaire de remettre de la cohérence dans un système de soins qui est parmi les plus performants du monde, particulièrement dans ce que les experts appellent le « curatif individuel », mais qui s'épuise parce qu'il manque de repères et d'organisation. C'est là que la mise en place du médecin traitant prend tout son sens.

Porte d'entrée pour le malade, ce médecin, qu'il soit généraliste, la plupart du temps, ou spécialiste, sera librement choisi par le malade car la liberté est au cœur de notre système. Aucun Français ne se verra imposer son médecin car ce n'est pas notre système, ce n'est pas notre modèle. Le médecin traitant orientera le patient dans le système de santé afin de l'aider à construire son parcours de soins. Un certain nombre de spécialistes resteront évidemment en accès direct, tels que les pédiatres ou les ophtalmologistes. Il n'est pas souhaitable que la loi ou des décrets fixent un cadre rigide à ce médecin traitant car cela relève de la responsabilité des partenaires conventionnels, c'est-à-dire des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé.

Enfin, pour une nouvelle organisation de l'offre de soins, il faut renforcer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital. Ces deux mondes s'ignorent trop souvent.

Il n'y a pas d'un côté une réforme de l'assurance maladie et de l'autre une réforme de l'hôpital. Il y a bien une réforme de l'organisation des soins qui vise au décloisonnement, au développement des réseaux, à l'élaboration d'une véritable stratégie d'offre de soins sur un territoire donné. Le médecin libéral et le médecin hospitalier, qu'il soit public ou privé, n'ont pas à connaître des règles différentes. Trop souvent on a montré du doigt la médecine libérale, qui serait la cause de tous les soucis. Cela n'est pas vrai. Tous doivent être logés à la même enseigne.

C'est notamment pour mettre en œuvre ces décloisonnements que le projet de loi prévoit un rapprochement entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ces deux institutions devront travailler ensemble sur toute une série de sujets comme la répartition de l'offre de soins, la permanence des soins, le développement des réseaux. Le rapprochement entre la ville et l'hôpital est une exigence. Il passe aussi par un même respect par les professionnels de santé des référentiels de bonne pratique, la même adhésion aux démarches d'évaluation, le même engagement en

faveur de la qualité des soins. Il n'y a pas lieu de douter de l'adhésion des médecins à une démarche qui met le patient au cœur des préoccupations.

Pour accompagner cette organisation de l'offre de soins, il est apparu indispensable de mieux définir les compétences de l'ensemble des acteurs et de rénover la régulation du système et son pilotage.

C'est le sens tout d'abord de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. Il ne faut pas parler de cette gouvernance uniquement en termes d'institutions et de pouvoirs. Il s'agit avant tout de mettre le système d'assurance maladie au service du malade et d'une offre de soins plus efficace et mieux organisée. La délégation de nouvelles compétences au bénéfice des caisses d'assurance maladie et le partenariat entre régimes de base et organismes complémentaires doivent permettre aux gestionnaires de l'assurance maladie de mener une politique globale du risque maladie, sur la base des objectifs de santé publique et des principes généraux, dont l'Etat reste garant. Sur le médicament et la gestion de l'hôpital, l'assurance maladie sera très étroitement associée aux décisions, au travers de sa participation, d'une part, au comité économique des produits de santé dont les compétences sont élargies et, d'autre part, au comité de l'hospitalisation qui va se mettre en place. De la même façon, le renforcement de la coopération entre les différents régimes d'assurance maladie via l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et la réforme des instances dirigeantes des caisses nationales et locales doivent donner plus de lisibilité et plus d'efficacité à ce système.

Le pilotage passe aussi par un dialogue conventionnel rénové et pacifié entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé. Il faut retrouver confiance dans les relations conventionnelles. Là encore la loi donne des outils, grâce à l'arbitrage, pour régler les éventuels différends et consolide les accords grâce au droit d'opposition donné aux syndicats majoritaires. C'est aux acteurs du système de santé et d'assurance maladie qu'il revient de faire vivre cette négociation conventionnelle dans un esprit de dialogue et d'ouverture.

La deuxième ligne de force du projet de loi, le fil rouge de la réforme, est la promotion de la qualité des soins. La nécessité d'une évaluation de l'utilité médicale fondée sur des critères réellement scientifiques est un des messages forts du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Le système s'épuise, d'une certaine façon, à vouloir tout financer, sans hiérarchie ni visibilité. C'est la raison pour laquelle il faut redonner une cohérence aux choix que nous sommes amenés à faire et nous donner les moyens de rembourser les médicaments et les traitements innovants qui constituent la médecine de demain. Or aujourd'hui, aucun outil ne permet d'évaluer l'utilité médicale d'un acte lorsqu'une demande d'admission au remboursement est faite, alors que la démarche existe pour le médicament. C'est évidemment une lacune très importante à laquelle il faut remédier. La Haute autorité de santé devra émettre un avis sur l'utilité médicale des produits et des actes avant l'admission au remboursement. Elle pourra également être sollicitée par différents acteurs. Elle pourra être saisie par l'assurance maladie, l'Etat, les professionnels de santé et les représentants des usagers pour réévaluer l'efficacité de certains actes

médicaux et certains traitements, si cela s'avère nécessaire. La Haute autorité se verra confier une deuxième mission toute aussi centrale dans le nouveau dispositif : celle de veiller à l'élaboration et à la diffusion des référentiels de bonne pratique. Sur ce sujet, il faut passer à la vitesse supérieure et surtout diffuser des référentiels qui sont applicables dans la vie quotidienne des professionnels de santé. Rien ne sert en effet d'avoir une référence médicale de cinquante pages, inapplicable pour le médecin généraliste.

La qualité des soins passe aussi par un engagement renforcé des professionnels de santé dans des démarches de formation continue et d'évaluation. Il faut avoir confiance dans la capacité des professionnels de santé à être les acteurs de la réforme, à relever le défi de la qualité. Le projet de loi prévoit un certain nombre de dispositions qui vont dans ce sens. Cet engagement doit concerner les professionnels libéraux comme ceux qui exercent à l'hôpital, public ou privé. C'est un point central auquel le gouvernement est extrêmement attaché. Cette logique de qualité des soins entrera à l'hôpital, au travers d'accords de bons usages des soins qui pourront être signés au niveau national entre l'Etat, les fédérations hospitalières et l'assurance maladie, accords déclinés ensuite au niveau local.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a indiqué que le troisième axe de ce projet est le redressement financier de l'assurance maladie.

La situation financière de l'assurance maladie est très grave et il est urgent d'agir. En présentant un plan de redressement de 15 milliards d'euros, le gouvernement répond à ce défi ; 15 milliards d'euros, c'est évidemment considérable. Il y a eu un temps où les plans de réforme de la sécurité sociale étaient sur ces ordres de grandeurs, mais en francs et non en euros. C'est donc un plan ambitieux et structurant pour l'avenir. Il repose d'abord sur 10 milliards d'euros de moindres dépenses en 2007 et non d'économies comme, par un raccourci trompeur, on a trop souvent tendance à le dire. En effet, en 2007, les Français dépenseront beaucoup plus pour leur santé qu'en 2004. Les dépenses de santé continueront de croître car c'est légitime. Il n'y a pas et il n'y aura pas de rationnement des soins, de quelque nature que ce soit. Cependant, tout a été mis en œuvre pour que chaque euro investi dans le système de soins le soit à bon escient, de façon efficace.

Cela passe tout d'abord, à hauteur de 3,5 milliards, par la mise en œuvre des mesures de maîtrise médicalisée des dépenses, notamment le dossier médical personnel, le médecin traitant et la promotion du bon usage du médicament. La diffusion effective de référentiels de bonne pratique sous l'égide de la Haute autorité de santé constitue également un volet essentiel de cette maîtrise médicalisée des dépenses. Des interrogations se font entendre ici et là sur les moyens d'atteindre ces objectifs. Or la CNAMTS vient d'expliquer dans une étude datant de quelques semaines qu'en réalité les dépenses inutiles peuvent être estimées à près de 5 à 6 milliards, ce qui représente l'équivalent de près de 15 % des prescriptions de biens et de soins médicaux. Par rapport à notre objectif de 3,5 milliards, cela signifie qu'il y a des marges de manœuvres considérables dans la promotion des bonnes pratiques médicales, le renforcement de la coordination des soins autour du malade. Soigner

mieux et dépenser mieux, ce n'est pas un slogan, cela peut et cela va devenir une réalité.

La politique du médicament, au travers notamment d'un développement rapide du médicament générique, constitue le deuxième volet de ce plan, à hauteur de 2,3 milliards d'euros. Ce volet est construit en lien avec l'industrie du médicament, afin de concilier les exigences d'économies avec la nécessaire valorisation de la recherche et de l'innovation. Soigner mieux en dépensant mieux doit aussi s'appliquer à la filière des produits de santé. C'est tout le sens de la politique du médicament qui va être développée dans les années qui viennent. Si le développement du générique constitue l'axe principal de ce plan, d'autres mesures y contribueront :

- une meilleure adaptation des conditionnements aux prescriptions, par exemple en permettant la délivrance de boîte de médicaments de trois mois aux malades chroniques ;

- une plus grande maîtrise du processus de rétrocession des médicaments de l'hôpital vers la ville qui est à l'origine d'une forte progression des dépenses ;

- un relèvement mesuré des taxes applicables aux industries du médicament, au travers de la reconduction de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques instaurée par la loi de financement pour 2004 et l'augmentation de la taxe sur les dépenses de promotion.

Les Français consomment en moyenne une boîte de médicament par personne et par semaine, soit 1,5 fois plus que les Allemands et les Espagnols. La promotion contribue indéniablement à cette situation, même si ce n'est pas la seule explication. Le projet de loi prévoit aussi la mise en place d'une charte de qualité de la visite médicale conclue entre les industriels et le comité économique des produits de santé. Cela devait aussi favoriser la diffusion d'une information de meilleure qualité sur le médicament.

Parce qu'il contribue à près de la moitié des dépenses d'assurance maladie, il est légitime que la modernisation de la gestion de l'hôpital participe à la réforme de l'assurance maladie. C'est principalement grâce à une rationalisation de la politique d'achat que l'hôpital contribuera à ces 10 milliards d'euros, à hauteur d'1,6 milliard d'euros. La mission d'étude et d'analyse hospitalière a souligné la très grande hétérogénéité des coûts d'achats à l'hôpital, qui pour certains produits vont de 1 à 5. Ce n'est évidemment pas satisfaisant et il y a là aussi des marges de progrès très importantes.

Le renforcement du contrôle des arrêts de travail au travers de procédures plus simples et plus efficaces, dans le respect des droits des professionnels comme des patients, devrait permettre d'économiser 800 millions d'euros dans ce domaine d'ici à 2007. Il ne s'agit en rien de culpabiliser les uns ou les autres. Il s'agit simplement de s'assurer de la réalité de la justification médicale de l'arrêt de travail et de décourager les abus.

Tout le monde sait qu'il y a des abus : de certaines entreprises, de certains médecins, de certains patients. Ils sont toujours très minoritaires mais pour préserver le système des arrêts de travail, qui est historiquement l'un des fondements de notre système d'assurance maladie, il faut veiller à ce qu'il ne soit pas détourné. Encore une fois, rien ne peut raisonnablement justifier qu'on consomme trois fois plus d'arrêts de travail dans un département par rapport à un autre et bien évidemment en proportion de la population. Cela n'a, à l'évidence, rien à voir avec un quelconque besoin de santé de la population.

L'économie des frais financiers liés au transfert de la dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et la modernisation de la gestion du réseau des caisses d'assurance maladie contribueront également à ce plan, respectivement pour 1,1 milliard et 200 millions d'euros.

Pour compléter ces 10 milliards d'euros d'économies ou de moindres dépenses, le plan du gouvernement prévoit 5 milliards d'euros de recettes supplémentaires qui se déclinent en 1 milliard d'euros au titre de la participation des usagers (contribution de 1 euro et de l'augmentation du forfait journalier) et 4 milliards de recettes supplémentaires.

Parmi ces 4 milliards, il faut relever notamment la contribution d'1 milliard de l'Etat au travers d'une fraction plus importante des droits tabacs donnée à l'assurance maladie. Le Parlement a souvent souligné la complexité des liens financiers entre l'Etat et la sécurité sociale et la nécessité de clarifier les choses. Une clarification a déjà été entamée en supprimant le FOREC et en affectant une part croissante des droits tabacs à l'assurance maladie depuis 2002.

Avec la réforme de l'assurance maladie, un pas supplémentaire est fait en opérant ce transfert d'1 milliard d'euros des droits tabacs. Ce transfert de l'Etat est un geste très fort, dans un contexte financier difficile pour les finances de l'Etat : c'est aussi une réponse très concrète au débat sur les charges indues. Au surplus, une telle affectation des droits tabacs à l'assurance maladie repose sur une logique de santé publique.

Un souci de justice et d'équité a animé le gouvernement dans le choix des mesures de recettes.

C'est un effort partagé, des entreprises, des actifs, des retraités, à chaque fois dans des limites qui semblent acceptables par les uns et les autres. L'augmentation de la CSG sur les retraités ne s'applique qu'aux retraités imposables. Elle est limitée puisqu'elle se monte à 0,4 point, ce qui laisse un écart important – 0,9 point – avec la CSG payée par les actifs. Alors qu'une politique très ambitieuse de prise en charge de la dépendance se met en place, il a semblé possible que les retraités contribuent également à l'effort de redressement de l'assurance maladie. L'augmentation de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activités a semblé justifiée après la réforme des frais professionnels intervenue fin 2002.

Le taux de CSG sur les revenus du patrimoine et de placement sera par ailleurs relevé de 0,7 point. Compte tenu du prélèvement déjà prévu au profit de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) – 0,3 point au 1^{er} juillet 2004) – le taux de la CSG sur les revenus financiers et du patrimoine sera porté à 8,5 %.

Enfin, la CSG sur le produit des jeux sera quant à elle relevée de 2 points et passera à 9,5 %. S'agissant des entreprises, le projet de loi prévoit une augmentation de 0,03 point de la contribution spécifique de solidarité sur les sociétés. Il était logique que les entreprises participent à l'effort de redressement des comptes de l'assurance maladie. Elles le font dans des proportions qui, là encore, sont raisonnables.

En conclusion, **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a souligné que la réforme qu'il entend mener est une réforme nécessaire dont l'ambition est de modifier les structures du système de soins dans le sens d'une plus grande cohérence et d'une qualité accrue des soins.

Après l'exposé des ministres, **le président Yves Bur** a posé les trois questions suivantes :

– La réforme proposée par le gouvernement, dans la mesure où elle est fondée sur la volonté de modifier le comportement des acteurs du système de soins, produira essentiellement ses effets à long terme. Toutefois, quelle est la montée en charge envisagée par le gouvernement et quel est l'échéancier des économies à venir sur la période 2004-2007 ?

– Est-il possible d'avoir des précisions quant au comité d'alerte créé par le projet de loi : quelle est la nature de ses missions, quelles mesures sera-t-il chargé de mettre en œuvre ?

– Si la mise en place d'une véritable gouvernance à la tête du système de soins est indispensable tant l'absence de pilotage a nui, jusqu'à présent, à l'ensemble du système, ne faudrait-il pas veiller, dans un souci de meilleure gestion, à associer le niveau territorial à cette gouvernance rénovée, par exemple en créant des agences régionales de santé (ARS) ?

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur, a posé les questions suivantes :

– Quelle articulation existe-t-il entre ce projet de loi et la réforme de la santé publique actuellement en deuxième lecture au Sénat ? Quel sera notamment le rôle de la Conférence nationale de santé publique – instance consultative créée par le projet de loi relatif à la santé publique et absente du présent projet de loi – et de ses déclinaisons régionales ?

– L'hôpital occupe une place centrale dans le système de soins français en raison de la qualité des soins qu'il assure. A ce titre, toute réforme de l'hôpital a un impact fort sur l'ensemble du système de soins. Comment s'articule le projet de loi

avec le principe de la tarification à l'activité (TAA) mis en place par la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2004 ? Comme se conjugue la réforme avec les ordonnances qui seront prises au titre de l'article 50 du projet de loi d'habilitation ?

– Au niveau local, s'agissant du pilotage de la santé, il existe un enchevêtrement complexe de structures qui va à rebours de toute efficacité. Quelles solutions sont préconisées pour améliorer la coordination au niveau local ?

– Quel est l'échéancier pour la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP) et quelles sont les économies attendues pour le régime d'assurance maladie par la mise en place de cette mesure ?

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a apporté les éléments de réponse suivants :

– Préalablement à toute réforme doit être posée la question suivante : faut-il préserver le système de santé à la française ? Une fois qu'il a été répondu à cette question par l'affirmative, l'alternative qui s'est présentée devant le gouvernement a été la suivante : soit s'engager dans une réforme de type maîtrise comptable des dépenses, soit opter pour une politique plus ambitieuse de maîtrise médicalisée du système de soins.

C'est cette dernière option qui a été choisie et dont le projet de loi relatif à l'assurance maladie est l'expression. Celui-ci repose sur un principe simple : la responsabilisation des acteurs, déclinée au niveau des patients (par la prise en charge d'1 euro à chaque consultation) et des professionnels de santé (avec la mise en place d'un dossier médical personnel).

Cette responsabilisation correspond à une rationalisation – et non à un rationnement – des dépenses. Enfin, le gouvernement entend, une fois la loi votée, être très attentif à son application. Il souhaite ainsi exercer un véritable « service après vote » qui consistera notamment à veiller à ce que la nouvelle gouvernance du système de soins soit entrée dans les faits dès le 1^{er} janvier 2005.

– La mise en place du comité d'alerte a pour ambition de répondre à cette situation préjudiciable consistant à ce que l'ONDAM, voté chaque année par le Parlement, soit systématiquement dépassé sans que jamais n'en soit tirée aucune conséquence. Le rôle du comité d'alerte sera précisément d'intervenir dès que l'ONDAM risque d'être dépassé et de formuler des propositions propres à limiter les dépenses de santé afin que celles-ci n'excèdent pas trop largement – sauf dans le cas d'une crise sanitaire majeure – l'enveloppe décidée par le Parlement. Cette mesure est un élément central de la crédibilité de la réforme envisagée par le gouvernement. Elle tend en effet à la responsabilisation des acteurs sans toutefois agir comme un couperet.

– Il est indispensable de rapprocher la gouvernance de l'hôpital et celle de la médecine de ville, notamment dans un souci de meilleure gestion des risques

sanitaires. Le projet de loi comporte des dispositions en ce sens, particulièrement au niveau décentralisé. Il est possible d'aller plus loin. Toutefois, il importe, en terme de structures administratives, de respecter une certaine cohérence. En particulier, en raison de considérations relatives à la fonction publique hospitalière et au fonctionnement des hôpitaux, la gestion de l'hôpital doit continuer à relever de l'ARH. En outre, il serait imprudent de supprimer l'échelon régional de l'assurance maladie.

– Il existe un lien évident entre la réforme de l'assurance maladie et les dispositions du projet de loi relatif à la santé publique. L'assurance maladie contribuera à la réalisation des objectifs de santé publique. Une réforme des structures n'a de sens que sous-tendue par la poursuite d'objectifs clairs de santé publique, lesquels sont précisément définis dans le projet de loi actuellement en cours d'examen au Sénat. Il est impossible que l'Etat délègue la compétence du choix des objectifs de santé publique, mais la Haute autorité de santé pourra définir le contenu de la consultation de prévention.

– Le processus de décision à l'intérieur de l'hôpital public et dans l'ensemble du système de soins doit être rendu plus transparent. Des assises régionales de l'hospitalisation vont être organisées pour expliquer la réforme. Dans un souci de meilleure efficacité, il importe de rapprocher l'assurance maladie de l'hôpital. Le comité de l'hospitalisation est la structure qui remplira cette mission.

– La tarification à l'activité doit évidemment être maintenue. Personne ne souhaite aujourd'hui revenir sur ce principe au profit d'un retour au budget global. Toutefois, il faut veiller à ce que chaque hôpital reçoive, en plus de ce financement, une enveloppe pour l'accomplissement des missions d'intérêt général. Enfin, le dossier médical personnel sera aussi utilisé à l'hôpital.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a ensuite précisé les modalités de la montée en puissance de l'application des dispositions de nature financière :

(en milliards d'euros)

| | Participation des usagers | Nouvelles recettes | Organisation et fonctionnement du système de soins | Total |
|----------|---------------------------|--------------------|--|-------------|
| Fin 2005 | 0,8 | 4 | 2,5 – 3 | 7,3 – 7,8 |
| Fin 2006 | 0,9 | 4,2 | 6 – 6,5 | 11,1 – 11,6 |
| Fin 2007 | 1 | 4,2 | 10 | 15,2 |

Ces chiffres ne sont que des objectifs à atteindre puisqu'ils sont susceptibles d'évoluer en fonction du texte qui sera finalement voté par Parlement et du comportement des acteurs du système de santé.

Par ailleurs, le gouvernement est conscient à la fois de la nécessité d'agir rapidement et de l'obligation de résultat qui lui incombe étant donné la gravité de la situation. C'est pourquoi, il veillera à assurer un « service après vote » consistant, une fois le texte adopté, à assurer une sortie rapide des textes d'application et la mise en place de dispositifs d'évaluation.

M. Marc Bernier a souligné que la réforme de l'assurance maladie est très attendue dans la population car elle paraît indispensable pour sauvegarder le système de protection sociale. Elle sera d'autant mieux acceptée qu'elle paraîtra équitable et fondée sur des principes justes qui respectent l'égalité des citoyens devant l'offre de soins. Il semble à ce titre important de rapprocher le fonctionnement de la médecine libérale et de la médecine hospitalière.

Certaines questions doivent être précisées. Il faudra être très attentif à la question de la répartition de l'offre de soin sur tout le territoire, notamment dans les zones rurales. Ainsi qu'en sera-t-il de l'organisation de maisons médicales, qui devraient permettre de soulager les urgences hospitalières tout en améliorant la permanence des soins ? Est-il envisagé de nommer des médecins libéraux sur des postes à temps partiel à l'hôpital pour permettre une meilleure collaboration entre les deux types de médecine et tenir compte de la féminisation de la profession ? Cette réforme sera-t-elle l'occasion de lancer des expériences pilotes pour l'organisation des soins ?

M. Jean-Marie Le Guen a tout d'abord noté que s'ouvrait aujourd'hui une nouvelle période du débat sur l'assurance maladie, période marquée par la fin du spectacle et le début d'une réelle analyse de la réforme. Le débat parlementaire y contribuera. A titre d'illustration, lors de la dernière audition du ministre de la santé par la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie, celui-ci a souligné l'ampleur supposée des fraudes liées à l'usage de la carte vitale. Depuis, cette question a fait « pschitt » et elle ne semble plus à l'ordre du jour pour permettre

à l'assurance maladie d'obtenir des économies. L'heure n'est plus à esquiver les véritables questions.

Les commentateurs prennent lentement conscience des insuffisances, notamment financières, de ce projet de loi. En réalité, il ne s'agit pas d'une réforme mais plutôt d'un énième plan de redressement qui n'est pas crédible, s'avère déjà insuffisant et comporte des lacunes. Il propose une solution miracle, qui est le report à l'infini du déficit sur les générations futures. Le plan est moins anodin qu'il est souvent dit mais plus dangereux que ce qu'évoquent les ministres : il ne propose pas une réforme du système de santé mais bien une déstructuration de l'assurance maladie.

S'agissant du bilan, il faut souligner que les gouvernements de gauche ont sauvegardé l'assurance maladie. Les gouvernements de droite ont pris des décisions qui ont fragilisé la situation financière de l'assurance maladie et ont en fait créé une régulation par le déficit.

Le groupe socialiste conteste la méthode utilisée par le gouvernement. Ce dernier a publié des prévisions apocalyptiques, puis a stigmatisé la fraude et enfin a annoncé des solutions miracles au chiffre ahurissant. Des prises de positions de responsables sociaux ont été détournées. Après une phase de confusion d'idées, le gouvernement a précipité le calendrier après l'avoir différé pendant de longs mois.

Il est souvent difficile pour les parlementaires de recueillir des informations lors des auditions du ministre de la santé. Afin de préserver la qualité des conditions de travail de la commission, qui doit travailler dans des délais serrés, il serait donc utile de savoir rapidement si le gouvernement entend déposer des amendements pour combler les lacunes de son texte.

M. Jean-Luc Prél a souligné l'urgence de cette réforme alors que tous les secteurs de la santé sont en crise. Les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ont permis d'identifier les causes de cette crise, parmi lesquelles l'absence de pilotage du système et de critères fiables d'évaluation. La réforme proposée comporte plusieurs avancées positives, s'agissant notamment de l'organisation de l'offre de soins ou la mise en place du dossier médical personnel, qui doit d'abord être un vecteur d'amélioration de la qualité des soins. Encore faudra-t-il préciser le rôle – décisionnaire ou seulement consultatif – de la Haute autorité de santé, qui doit être réellement scientifique, ainsi que les missions de l'Institut des données de santé.

Ce projet de loi soulève cependant plusieurs interrogations :

– Concernant les aspects financiers, la décision de prolonger la durée de vie de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) conduit à faire porter la charge de cette réforme sur les générations futures. Dès lors, il convient de s'interroger sur les autres modes de financement que la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

– S’agissant de la gouvernance, cette réforme a pour objectif de clarifier les responsabilités de chacun des acteurs, mais n’aurait-il pas été préférable de distinguer ce qui doit relever de la solidarité nationale de ce qui doit relever de la gestion par les partenaires sociaux, par exemple pour la prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui pourraient être gérés par une caisse autonome ? Dans le même sens, n’est-il pas nécessaire de renforcer la régionalisation afin de regrouper sous une autorité unique, nommée par l’Etat, l’ensemble des acteurs compétents à cet échelon en matière de prévention, de médecine ambulatoire et de médecine hospitalière ?

– Il convient par ailleurs de préciser l’articulation entre cette réforme et les différentes réformes intervenues en matière de santé : le projet de loi relatif à la politique de santé publique, l’ordonnance de simplification en matière sanitaire, le projet de loi habilitant le gouvernement à simplifier le droit, qui porte notamment sur l’organisation interne de l’hôpital, ainsi que les projets de loi relatifs aux responsabilités locales et aux affaires rurales.

– Enfin, allons-nous vers la médicalisation de l’ONDAM, alors qu’il n’indiquait jusqu’à présent qu’une progression arithmétique des dépenses de santé ? Quel sera le rôle du comité d’alerte et du conseil d’orientation, afin de parvenir à une meilleure maîtrise de la progression de l’ONDAM ? Enfin, l’ONDAM comportera-t-il un volet hospitalier et un volet médico-social ? De manière plus générale, il semble préférable de ne pas s’orienter vers une enveloppe fermée de progression des dépenses de santé et de s’interroger sur les moyens de renforcer la médicalisation de l’ONDAM, à travers notamment la détermination d’orientations pluriannuelles.

En réponse aux différents intervenants, **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a apporté les précisions suivantes :

– La répartition de l’offre de soins sur l’ensemble du territoire, en particulier en milieu rural, est une question importante. Il faut donc améliorer le dispositif actuel, en réformant le décret prévoyant des aides à l’installation des médecins libéraux.

– Le débat reste ouvert sur la question des postes de praticiens hospitaliers à mi-temps ou à temps partiel. Autant le système des attachés n’était pas suffisamment valorisant pour les médecins libéraux, autant celui des praticiens à temps partiel, en particulier dans les hôpitaux de proximité, peut permettre aux praticiens libéraux d’hospitaliser eux-mêmes certains de leurs patients en tant que de besoin. Ce système représente, en outre, un intérêt en termes d’aménagement du territoire. C’est la raison pour laquelle il convient d’expérimenter un tel système, en lien notamment avec le développement du dossier médical personnalisé.

– La dialectique de M. Jean-Marie Le Guen, consistant à affirmer qu’il n’y a pas de réforme et dans le même temps que le projet de loi constitue une déstructuration du système, est difficile à saisir. La réforme ne consiste pas seulement à augmenter les recettes de l’assurance maladie, mais surtout à remédier aux causes de l’augmentation des dépenses. Aujourd’hui, 10 millions de cartes Vitale sont en

surnombre, ce qui met en évidence l'existence de difficultés de gestion de l'assurance maladie. Cela ne signifie cependant pas qu'il y a 10 millions de cas de fraude, ni que l'on peut ignorer l'existence des 48 millions de cartes dont le fonctionnement ne pose pas problème. La difficulté principale réside dans l'absence d'identification de la personne présentant une carte Vitale, qui peut ne pas en être la titulaire. Des travaux sont actuellement engagés par l'Inspection générale des affaires sociales afin d'évaluer plus précisément le montant de ces fraudes, qui pourraient porter sur des sommes importantes.

– Il convient par ailleurs de souligner que la réforme ne peut porter sur les seuls salariés ou les seules entreprises, mais requiert un effort équitable et partagé par tous.

– S'agissant des reports de charges, le niveau de la dette cumulée s'élève à 32 milliards d'euros. Doubler le niveau de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) risque de freiner la consommation des ménages et, partant, d'obérer la croissance, au détriment de l'emploi. Le transfert des dettes de 2004, 2005 et 2006 sur la CADES correspond à un transfert sur les générations futures, lié à un déficit exceptionnel de l'assurance maladie. Pour enrayer ces augmentations folles, il convient de porter les efforts sur l'accroissement des dépenses de santé. Mais il est à noter que c'est l'opposition actuelle qui a adopté la prolongation de la CRDS jusqu'en 2014.

– S'agissant de la proposition de création d'agences régionales de santé (ARS), le développement du dossier médical personnalisé ou encore, plus généralement, la nouvelle gouvernance, ces questions ont déjà été évoquées à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique avec M. Yves Bur et M. Jean-Michel Dubernard, également rapporteur de ce texte. S'il peut en effet apparaître souhaitable de renforcer la coordination des acteurs au niveau régional, selon des modalités qui restent à déterminer, une attention particulière doit cependant être portée aux moyens d'atténuer les disparités en termes d'offres de soins ainsi que sur le moment adapté pour mettre en œuvre cette réforme. Il convient pour y répondre d'accroître la coopération entre les ARH et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). En revanche, il est difficilement envisageable que la fonction publique hospitalière soit, du jour au lendemain, gérée directement par l'assurance maladie.

– Le comité d'alerte doit également prendre en compte la médecine ambulatoire et le secteur médico-social.

– Enfin, s'agissant du débat parlementaire à venir, le gouvernement n'envisage pas de proposer des modifications d'envergure du projet de loi, même si des amendements pourront être présentés en tant que de besoin.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a ensuite souligné le caractère à la fois indispensable et urgent de la réforme, qui a bien été compris par les Français, alors que le déficit de l'assurance maladie se creuse de

23 000 euros par minute. Après la phase de concertation et de dialogue social, au cours de laquelle les partenaires sociaux ont pu contribuer à certaines avancées, vient à présent le temps du débat parlementaire, débat ouvert et susceptible d'améliorer le projet de loi.

En tout état de cause, il est fallacieux d'affirmer que le gouvernement se livre à une présentation apocalyptique de la situation de l'assurance maladie, puisqu'il s'appuie sur le constat dressé en janvier 2004 par le Haut conseil pour la réforme de l'assurance maladie et procédant d'une démarche consensuelle. De ce constat, il ressort que, pour couvrir le déficit à l'horizon de 2020 sans recettes nouvelles, il faudrait par exemple abaisser le taux de prise en charge par les régimes de base de 76 % à 51 % de la dépense de santé, ce que nous ne voulons pas. Une deuxième possibilité consiste à doubler le niveau de la contribution sociale généralisée (CSG), soit une forme d'étatisation, mais cela conduirait à diminuer le pouvoir d'achat des Français d'ici 2020. Enfin, une troisième option pourrait être de réduire la qualité de l'offre de soins et de participer ainsi au délitement de notre système de santé. C'est pourquoi il est aussi important de mener à bien cette modernisation de l'assurance maladie.

Notre démarche ne s'inscrit pas dans une logique purement financière. Seize plans de redressement ont été mis en œuvre depuis 1977, dix par la gauche et six par la droite. Aucun n'a permis d'atteindre des objectifs satisfaisants pour l'assurance maladie. La détermination et la méthode sont aujourd'hui plus que jamais de mise, car cette réforme vise pour la première fois à faire véritablement évoluer les comportements. Le débat ne porte pas sur le constat, ni sur les principes du système de l'assurance maladie lui-même : il ne sera procédé à aucun déremboursement, pas plus qu'à des transferts du régime obligatoire vers les régimes complémentaires. Il est important de préserver le système « à la française » ; c'est bien l'objet du présent projet de loi.

– Au sujet de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, certains sont favorables à la création d'une caisse distincte. Or, les partenaires sociaux ne souhaitent pas la création d'une telle caisse pour une branche qui, au demeurant, comporte des services communs avec ceux de la branche maladie.

– L'ONDAM doit permettre de favoriser une maîtrise médicalisée des dépenses, qui préserve la qualité des soins. Cela ne correspond donc pas à une logique comptable de court terme, mais plutôt à une logique de responsabilisation face à des objectifs de dépenses. La santé publique ne doit pas rester prisonnière d'une enveloppe, sauf à ce que soient niées les spécificités du système français. A l'automne, un projet de réforme de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale sera présenté, afin notamment qu'elles puissent présenter des perspectives pluriannuelles.

M. Gérard Bapt a estimé que si la responsabilisation des acteurs, et non la culpabilisation, est présentée comme l'un des principes sous-tendant le projet de loi, ses articles 3, 5 et surtout 10 prévoient des déremboursements, qui constituent bien

des sanctions pour les assurés, en cas de « dépenses indues », dont on ignore la définition. Il faudrait en effet préciser si elles correspondent à des erreurs administratives, à une faute des usagers ou encore au non-respect d'une prestation de la part du prescripteur ; mais dans tous les cas, c'est l'usager qui serait sanctionné.

Quant à la méthode proposée, le groupe socialiste a avancé des propositions mais souhaite également travailler à partir du projet présenté. Concernant les modalités de financement de la couverture complémentaire, il semble que le ministre ait déjà indiqué qu'il s'agirait d'un crédit d'impôts, avant même que l'Assemblée nationale n'ait été saisie de cette question. L'annonce dans la presse d'une réforme de la loi organique relative aux lois de financement au mois de septembre peut également laisser penser qu'il s'agit en réalité de mettre en place une maîtrise comptable de l'assurance maladie.

Après avoir salué un projet courageux, qui repose sur un effort partagé entre tous les acteurs, **M. Philippe Auberger** s'est interrogé, compte tenu des projections chiffrées fournies par M. Xavier Bertrand à l'horizon 2005-2007, sur le montant du déficit prévisionnel sur cette période en l'absence de mesure de redressement.

En tout état de cause, il faut mettre un terme aux mythes entourant la CADES : les frais financiers de cette caisse ne pourront en effet que croître car, pour l'alimenter, il faudra bien emprunter à long terme, c'est-à-dire aux taux les plus élevés. A l'origine, la CADES devait être équilibrée par la CRDS. Or, si rien n'est fait, la CADES risque de sombrer dans un gouffre financier. Dans ces conditions, il peut sembler légitime de s'interroger sur la suppression de la CADES et la reprise de sa dette par l'Etat, ce qui lui permettrait de bénéficier de sa garantie pour contracter des emprunts.

Pour la première fois, et l'on peut s'en réjouir, le terme de « déficit structurel » a été employé en matière de sécurité sociale. Il serait cependant utile que le ministre apporte des précisions sur cette notion. En effet, les recettes nouvelles seront prélevées sur la consommation ce qui augmentera, de façon mécanique, l'épargne de précaution.

Enfin, une ambiguïté doit être levée concernant la nature des lois de financement de la sécurité sociale. Comme pour les lois de finances, le Parlement devrait voter des normes, c'est-à-dire des crédits qui ne doivent pas être dépassés, avec, le cas échéant, la possibilité de présenter un projet de loi de financement de la sécurité sociale rectificatif.

Mme Elisabeth Guigou a rappelé l'impérieuse nécessité d'engager au Parlement un débat digne de ce sujet important. En raison notamment du vieillissement démographique et des progrès médicaux, la croissance des dépenses de santé est en effet supérieure à celle du produit national brut. Dans ces conditions, la question principale porte sur les moyens de maîtriser les dépenses et d'organiser les recettes.

Quelques chiffres au préalable : entre les années 1993 et 1997, la Commission des comptes de la sécurité sociale a évalué à près de 22,5 milliards d'euros le déficit cumulé de l'assurance maladie. Pour la période 1998-2002 ce montant a été divisé par deux. Pour la période allant de 2003 à aujourd'hui, ce montant atteint désormais environ 24 milliards d'euros. Ainsi, pendant trois ans de gouvernement socialiste, le régime général a été excédentaire. Les mesures alors adoptées portaient notamment sur la maîtrise des dépenses des professionnels de santé et une politique vigoureuse du médicament, avec la promotion des génériques et la prescription en dénomination commune. Par ailleurs, afin de ne pas limiter les remboursements, comme l'a fait l'actuel gouvernement, une taxe sur la promotion pharmaceutique a été instituée et un effort a été demandé aux laboratoires afin de diminuer les prix des médicaments, y compris ceux des médicaments innovants. Concernant l'hôpital, qui doit rester le pilier de notre système de santé, la majorité précédente a augmenté ses moyens, tant il est vrai que les personnels hospitaliers sont parmi ceux qui méritent le plus de bénéficier des 35 heures. Au reste, cette gestion n'a pas été un échec puisque les hôpitaux ont pu respecter leurs enveloppes.

Deux points particuliers méritent par ailleurs d'être clarifiés : en premier lieu, pour quelles raisons le gouvernement n'a-t-il rien fait depuis deux ans pour mettre en place le système de couverture supplémentaire mis au point par la majorité précédente pour les personnes non éligibles à la CMU bien que disposant de faibles revenus ? Le gouvernement envisage-t-il, d'autre part, de rétablir la gratuité de l'aide médicale d'Etat (AME) ?

En réalité, la politique menée depuis deux ans pèse uniquement sur les recettes et laisse filer les dépenses, et ce d'autant plus que la politique économique actuelle a contribué à l'augmentation du chômage, qui a entraîné une baisse des recettes sociales. Or, 100 000 chômeurs de moins représentent près de 1,5 milliard d'euros supplémentaires pour les caisses de sécurité sociale. Si le projet de loi prétend se fonder sur un effort nécessaire partagé entre tous, il ne saurait en réalité avoir d'autres effets que de reporter vers les générations futures la charge des déficits. Il s'agit donc d'un projet inefficace et dangereux.

Le groupe socialiste a pour sa part avancé plusieurs propositions visant à garantir la solidarité du financement, et en particulier l'institution de cotisations patronales assises sur les richesses produites et non sur les salaires, et la réaffectation à l'assurance maladie des taxes sur le tabac, les alcools et les conventions d'assurances, qui représentent près de 15 milliards d'euros. Dans le domaine de la prévention, chacun sait qu'en France on rembourse trop et on ne prévient pas assez. Deux axes prioritaires doivent donc être dégagés : santé au travail et santé en milieu scolaire. Or, la politique du gouvernement actuel a conduit à baisser les moyens de la prévention scolaire. Quant à la prévention en milieu professionnel, elle doit résulter de négociations entre les partenaires sociaux afin de limiter les coûts induits par les accidents du travail. Enfin, la tarification à l'activité doit être mise en œuvre dans le respect des missions particulières du secteur public.

M. François Guillaume a rendu hommage à un projet courageux, responsable et cohérent. Pour ce qui concerne l'augmentation des ressources, la responsabilité accrue des assurés sociaux constitue une avancée positive. Cependant, le montant d'1 euro de la contribution semble trop faible et il peut sembler nécessaire de réduire l'écart du taux de prélèvement de la CSG entre les actifs et les retraités. La gouvernance de l'hôpital doit, certes, être centrée sur la responsabilisation des directeurs d'hôpitaux et des chefs de service mais cela ne rend pas moins urgente la réduction de la complexité administrative, dont le coût semble aujourd'hui excessif. S'agissant du regroupement des trois caisses d'assurance maladie au sein de l'UNCAM, la Mutualité sociale agricole (MSA) pourra-t-elle conserver les spécificités de son régime ? A cet égard, l'équilibre constant du régime particulier de l'Alsace-Lorraine constitue un exemple de décentralisation réussi.

M. Jacques Domergue a jugé qu'un des éléments structurants de la réforme réside en effet dans la responsabilisation des patients. Cependant, la contribution d'1 euro mis à la charge de ces derniers connaît des exonérations, au profit notamment des bénéficiaires de la CMU et des mineurs. Il serait cependant préférable de retenir des critères médicaux plutôt que sociaux pour déterminer le champ des personnes soumises à cette franchise.

M. Jean Le Garrec a souligné l'élégance des propos du ministre et son habileté aux « jeux de cape », mais il convient d'entrer dans le vif du débat. Le débat ne doit certes pas se résumer à une opposition entre un bilan et un projet mais les députés socialistes étant fiers de leur bilan, ils seront sévères avec le projet. En réponse aux critiques émises au sujet de ce bilan, il convient de rappeler que, durant les trois années du gouvernement de Lionel Jospin, la croissance en France a été supérieure d'un point à la croissance en Europe, alors que durant les deux dernières années, la croissance dans notre pays a été inférieure d'un point à celle des autres pays d'Europe. Quant aux 35 heures à l'hôpital, les travaux de la mission d'information sur les 35 heures sont là pour témoigner de la complexité de la mise en œuvre de cette mesure mais également de ses effets bénéfiques à terme. Enfin, si l'on doit se féliciter que le gouvernement actuel prolonge les politiques initiées sous la majorité précédente en matière de prévention ou de médicament générique, il est très regrettable qu'il ait supprimé les mesures de péréquation hospitalière alors qu'il est essentiel d'améliorer l'offre de soins sur l'ensemble du territoire.

Le projet présenté par le gouvernement se résume en fait à un plan comptable pour le citoyen usager et à un plan de maîtrise médicalisée aléatoire pour les professionnels de santé, ordonnateurs de la dépense publique. Les articles 10 et 14 du projet de loi sont à ce titre très éloquents : dans les deux cas, si le médecin ne respecte pas ses obligations, ce sera le patient qui sera pénalisé. Le texte fait preuve d'une très grande prudence par rapport aux professionnels de santé tout en demandant de gros efforts aux citoyens.

M. Edouard Landrain a rappelé que la situation française n'est pas une exception. Tous les pays d'Europe ont affronté ces dernières années des problèmes de déficit de leurs régimes de sécurité sociale mais ils ont su prendre à temps des

mesures qui ne diffèrent pas vraiment des dispositions proposées aujourd'hui. On doit donc surtout déplorer le retard pris par le précédent gouvernement et les positions idéologiques de l'opposition. Pourquoi ne serait-il pas possible d'obtenir en France un consensus comme celui obtenu en Allemagne entre la CDU et le SPD, sur des mesures bien plus sévères que celles proposées par le gouvernement ? Décentralisation, responsabilisation, promotion des médicaments génériques, formation des médecins ne sont pas des solutions miracle, mais des dispositifs qui ont déjà fait leur preuve ailleurs en Europe. Il est vrai cependant que les autres pays européens n'ont pas les 35 heures, qui compliquent formidablement la tâche !

Après s'être félicité que la réforme prenne en compte des problèmes structurels laissés de côté depuis de nombreuses années, **M. Richard Mallié** a souhaité que le projet de loi soit source de simplification et non de complexification des structures existantes. Alors que la généralisation du tiers payant a eu un effet déresponsabilisant sur les patients, en les incitant au nomadisme médical et à la surconsommation de soins, il faut se réjouir de l'instauration d'une franchise d'un euro sur tous les actes médicaux, même si des interrogations demeurent sur le coût sa perception et de sa gestion pour les établissements hospitaliers. Quel a été finalement l'accueil réservé par les professionnels de santé au projet de réforme ?

M. Pierre-Louis Fagniez a constaté que face au sujet du projet présenté par le gouvernement, la gauche évoque surtout les recettes, et ce de façon très pessimiste, alors que la droite parle plutôt des dépenses à éviter. Le texte affirme la volonté de responsabiliser tous les acteurs du système de santé : les usagers, les caisses et les professionnels de santé. Il ne s'agit pas de fustiger quiconque mais l'on peut néanmoins reconnaître qu'il n'existe pas de dépenses qui ne passent pas par un médecin. Il faut être honnête et le reconnaître : les médecins jouent un rôle essentiel pour réguler le système. Ce qui compte avant tout, c'est que les dépenses soient utiles ; or la CNAM a récemment chiffré entre 5 et 6 milliards d'euros le montant des dépenses inutiles. Il y a donc de quoi faire !

En ce qui concerne le dossier médical personnel, le ministre le place au cœur de sa réforme. Cependant, pour que ce dossier devienne un élément important de dispositif de santé publique, il faut éviter de renouveler la mauvaise expérience du carnet de soin, qui n'était pas obligatoire et dont certains médecins n'ont jamais su quoi faire. Une utilisation rationnelle et systématique du dossier médical personnel d'ici 2007 implique que de gros efforts soient faits en matière d'informatisation et de formation de tous les médecins. Le gouvernement doit en être bien conscient.

En réponse aux différents intervenants, **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale**, a apporté les précisions suivantes :

– Le gouvernement a effectivement l'intention de modifier la loi organique afin de renforcer la portée des lois de financement de la sécurité sociale en les complétant par une vision pluriannuelle et en faisant mieux concorder les champs des recettes et des dépenses. Par ailleurs, il est d'ores et déjà possible de présenter des lois de financement rectificatives mais cela n'a jamais été fait car, jusqu'à présent,

l'ONDAM n'a jamais été considéré comme une norme. Cela doit désormais être le cas, y compris pour les gestionnaires des caisses.

– En ce qui concerne le déremboursement des dépenses indues, il ne s'agit pas de faire supporter à l'utilisateur les erreurs du prescripteur mais bien de lutter contre les fraudes et les abus.

– Il reviendra au Parlement de décider de la forme que prendra l'aide de l'Etat pour l'adhésion à une mutuelle. Il pourra s'agir d'une aide directe ou d'un crédit d'impôt, la Mutualité française étant plus favorable à cette dernière solution.

– Il est indiscutable que l'augmentation de la CSG entraînera une diminution de la consommation. On doit cependant noter que, contrairement au gouvernement précédent, la majorité actuelle n'a pas fait le choix d'augmenter le taux de la CSG mais plutôt de modifier son assiette.

– Les chiffres évoqués par Mme Elisabeth Guigou au sujet de la croissance durant les dernières années sont tout à fait exacts mais l'opposition aurait bien tort de s'en prévaloir car ils ne sont que le reflet de la conjoncture économique mondiale durant cette période. Tout le monde sait que quand la croissance ralentit, le chômage augmente et les cotisations sociales diminuent, ce qui entraîne un déficit des comptes sociaux. Le rééquilibrage de ces mêmes comptes sociaux en période de croissance n'est donc pas dû à l'action spécifique d'un gouvernement mais résulte des mécanismes macro-économiques.

– En revanche, les chiffres d'augmentation des dépenses de l'assurance maladie publiés par la Commission des comptes de la sécurité sociale sont eux tout à fait significatifs des politiques menées. Le taux d'accroissement des dépenses est en effet passé de 1,5 % en 1997 à 4 % en 1998, 3,3 % en 1999, 4,7 % en 2000, 5,8 % en 2001 et 7,2 % en 2002. Nombreux sont ceux qui évoquent la fixation à 20 euros du montant de la consultation chez un médecin généraliste pour expliquer la hausse des dépenses de santé en 2002, mais c'est trop vite oublier que cette hausse avait été préparée par les conventions signées en 2001 et 2002, sous le gouvernement précédent. Ainsi, l'opposition a non seulement aucun titre à se prévaloir de la réduction des déficits sociaux constatée entre 1997 et 2002, mais elle doit au contraire reconnaître que le gouvernement socialiste a participé à l'accroissement des dépenses en favorisant l'augmentation du coût de la médecine libérale.

– Il est faux de dire que l'instauration des 35 heures a permis de donner plus de moyens aux hôpitaux. Bien au contraire, les 35 heures ont été appliquées – ce qui était normal, la loi ayant été votée – mais les postes supplémentaires correspondants n'ont pas été financés, ce qui a conduit à une dégradation des conditions de travail. Il ne s'agit pas aujourd'hui de revenir sur les 35 heures mais bien de prendre ses responsabilités. A cet égard, la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a publié un intéressant rapport sur l'application des 35 heures à l'hôpital que Mme Elisabeth Guigou pourrait lire utilement.

– En ce qui concerne la politique du médicament, il est nécessaire de mettre l'accent sur le développement des génériques, mais il faut également continuer à favoriser l'innovation et la recherche, en remboursant au juste prix les médicaments innovants.

– La couverture maladie universelle (CMU) se caractérise par un effet de seuil intolérable : avec 566,50 euros de revenus, la prise en charge est intégrale ; avec 1 euro de plus, il n'y a plus aucune aide. C'est pourquoi le gouvernement va proposer de réformer ce dispositif, après concertation avec l'ensemble des partenaires sociaux.

– L'évolution des dépenses d'aide médicale d'Etat (AME) renvoie en fait à la politique de l'immigration. Le Président de la République a eu raison d'insister sur la nécessité de réduire drastiquement les délais de traitement des demandes d'asile. Comme les gouvernements socialistes de l'Allemagne et de la Grande-Bretagne, le gouvernement français considère également qu'il faut reconduire à la frontière les étrangers en situation irrégulière. Mais la prise en charge plus ou moins généreuse des soins ne saurait constituer un instrument de gestion des flux migratoires : une maladie grave, comme le sida ou la tuberculose, doit en tout état de cause être soignée.

– L'affirmation selon laquelle le poids de la réforme serait supporté par les plus modestes n'est pas fondée. C'est, au contraire, en l'absence de réforme, avec une croissance annuelle de 6 ou 7 % des dépenses d'assurance maladie, que l'on aboutirait à court terme à des déremboursements massifs et à l'entrée dans le système des assureurs privés, aux dépens des plus modestes, ce dont nous ne voulons pas, pas plus que l'opposition. Quant à affecter l'intégralité des taxes sur les tabacs et les alcools à l'assurance maladie, cela nécessiterait une compensation pour le budget de l'Etat et, comme souvent avec l'opposition, davantage de charges et d'impôts. Enfin, il n'est pas nécessaire de revenir sur le dispositif mis en place avec le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales (FOREC).

– Le développement de la prévention en milieu scolaire est effectivement une nécessité. Il est prévu de mettre en place des consultations systématiques en ophtalmologie et pour les soins dentaires à l'âge de six ans et à l'entrée au collège.

– La tarification à l'activité prendra en compte les missions d'intérêt général de l'hôpital, qui doivent naturellement être préservées.

– En ce qui concerne le rôle de l'UNCAM, une concertation est engagée pour trouver le meilleur équilibre possible et préserver l'identité et le réseau du régime agricole. La MSA a en effet développé, grâce à sa connaissance du milieu rural, des actions très intéressantes, notamment dans le domaine de la prévention.

– S'agissant de la contribution forfaitaire d'un euro, le projet de loi prévoit qu'elle s'applique également pour les soins dispensés aux urgences, qui ne sont pas suivis d'une hospitalisation. Or, il est vrai que la récupération matérielle de cette somme poserait des problèmes d'organisation aux hôpitaux et il existe certainement d'autres moyens d'éviter la saturation des services d'urgences. Le texte pourra donc évoluer sur ce point.

– Comme l’a souligné à juste titre M. Jean Le Garrec, il subsiste d’importantes disparités régionales, concernant en particulier le Nord-Pas-de-Calais, en matière de dépenses de santé. Ces disparités doivent toutefois être analysées en fonction de la structure de la population : âge moyen, répartition des sexes et catégories socioprofessionnelles. La tarification à l’activité permettra de corriger plus efficacement les déséquilibres que les dispositifs précédents, qui se fixaient un horizon de trente ans pour parvenir à l’équité territoriale. Par ailleurs, en ce qui concerne les dépenses indues, il est légitime que le patient ne soit pas tenu pour responsable des dérives dues aux professionnels de santé ou aux chefs d’entreprise ; le texte pourra donc être amendé sur ce point.

– S’agissant des systèmes de santé étrangers, évoqués avec précision par M. Edouard Landrain, il apparaît clairement que des principes tels que le développement des génériques, la coordination des soins ou la mise en place d’un dossier médical partagé sont présents dans de nombreuses réformes menées ou envisagées par nos voisins européens.

– Les professionnels de santé ont bien compris qu’ils seraient soumis à des dispositions contraignantes : pour la première fois de véritables sanctions sont prévues mais, comme cela avait été demandé par les syndicats de médecins lors du « plan Juppé », il s’agit de sanctions individuelles et non collectives. Les professionnels de santé sont intimement associés à l’élaboration de la présente réforme ; au-delà de tout clivage, le gouvernement travaille avec l’ensemble des organisations représentatives, et notamment avec la Fédération hospitalière de France (FHF) présidée par M. Claude Evin. et il serait souhaitable d’arriver à ce type de relation de manière générale.

M. Jean-Marie Le Guen a regretté la nature des propos tenus par le ministre et en particulier que la coopération avec la FHF soit en quelque doute instrumentalisée : bientôt il ne sera plus possible de lui serrer la main, sans que cela soit aussitôt interprété comme une adhésion à la réforme de l’assurance maladie...

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale, a ensuite évoqué la question des « dépenses inutiles ». Le président de la Caisse nationale d’assurance maladie estime que 6 à 7 milliards d’euros d’économies peuvent être faites à ce titre. Aussi bien la majorité que l’opposition peuvent et doivent dire ensemble qu’il est légitime de ne rembourser que les dépenses utiles. Enfin, tous les médecins devront utiliser le dossier médical personnalisé. Un accès par Internet est envisagé afin de faciliter sa mise en place.

En réponse à M. Philippe Auberger, **M. Xavier Bertrand, secrétaire d’Etat à l’assurance maladie**, a en premier lieu évoqué la question de la détermination des « tendanciels ». La Commission des comptes de la sécurité sociale réfléchit à cette question et les dépenses tendanciennes pourraient être effectivement supérieures de 1 à 1,5 milliard d’euros par an à ce qui était jusqu’à présent admis. Cependant, les prévisions du gouvernement pour l’équilibre futur de l’assurance maladie sont prudentes car elles n’intègrent pas l’incidence psychologique de la réforme – dans les

pays étrangers, le choc psychologique des grandes réformes se traduit clairement par un ralentissement de la dépense – non plus que les recettes supplémentaires qui pourraient être liées à la croissance.

L'ONDAM doit effectivement être mieux cerné. D'une part, l'organisation d'un débat d'orientation permettra d'intervenir en amont sur sa fixation ; d'autre part, l'enjeu de la réforme organique envisagée réside dans l'introduction de dispositions pluriannuelles. Cependant, l'ONDAM doit rester un objectif et non pas devenir une enveloppe fermée.

S'agissant des recettes, certains ont pu dire que la création de nouvelles taxes ou l'augmentation massive de la CSG constituaient le préalable nécessaire à toute réforme. Ce serait la voie de la facilité. Il convient de ne pas briser la croissance future par des prélèvements excessifs et il est pour le moins contradictoire, de la part de l'opposition, d'appeler à plus de prélèvements tout en regrettant l'insuffisance de la croissance. Le gouvernement a retenu une option équilibrée en matière de recettes nouvelles ; en particulier, l'augmentation limitée à 0,4 point de la CSG des retraités les rapprochera du taux de droit commun sans les aligner sur celui-ci, car leurs perspectives de gains de revenus sont moindres que celles des actifs qui bénéficient de la croissance, même s'il convient de rappeler que la réforme des retraites a mis en place un dispositif de rattrapage des pensions en cas d'inflation supérieure à la prévision initiale qui profitera aux retraités dès cette année.

Les spécificités du régime alsacien-mosellan doivent être étudiées. Sa situation est-elle meilleure parce que le taux de cotisation est plus élevé ou parce que l'esprit de responsabilité y est plus développé ? Les contributions des parlementaires et des élus de cette région sur ce sujet seront naturellement les bienvenues.

En ce qui concerne le rôle futur de la MSA, l'UNCAM n'a pas vocation à fusionner les réseaux existants mais à les coordonner en préservant leur identité. Les apports de la MSA en matière de prévention, de maillage du territoire et de dialogue avec les organismes complémentaires doivent être préservés.

Enfin, pour ce qui est de la participation d'un euro pour les consultations et de sa conciliation avec le tiers-payant, il s'agit d'un problème technique qui devra être étudié. En tout état de cause, du point de vue du gouvernement, les bénéficiaires de la CMU ne doivent pas être concernés par cette disposition, compte tenu de la modestie de leurs moyens. D'ailleurs, la responsabilisation des assurés ne passe pas seulement par cette contribution forfaitaire.

En conclusion, **M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de l'assurance maladie**, a souligné qu'il s'agit d'une réforme structurelle et juste et indiqué que le gouvernement est prêt à examiner toutes les améliorations qui seront proposées.

M. Pierre Morange, président, a remercié les ministres d'avoir apporté des réponses détaillées aux commissaires, s'agissant d'une question qui est au cœur du pacte républicain.

II.- DISCUSSION GÉNÉRALE

La commission spéciale a examiné le présent projet de loi au cours de ses séances des 22 et 23 juin 2004.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Jean-Marie Le Guen s'est déclaré prêt à amender le texte. Le rendre acceptable semble difficile : le projet est en effet injuste, insuffisant et dangereux.

Il est d'abord injuste. Le 1^{er} janvier 2005, l'augmentation de la CSG va frapper salariés et retraités alors que les revenus du capital comme les entreprises seront épargnés. La dette sociale est reportée sans limite sur les générations futures pour un montant de 35 milliards d'euros. La reprise de dette sera insuffisante : à l'horizon 2007, le déficit sera bien supérieur à 13 milliards d'euros. La mesure est irresponsable et traduit un comportement de fuite.

Le projet est insuffisant. Il ne permet même pas, au prix des sacrifices évoqués, de franchir un cap difficile. Exempt de réformes de structures, il ne permet pas un départ sur de nouvelles bases. Rien n'est prévu concernant l'offre de soins, la médecine de ville, la coordination entre la ville et l'hôpital et enfin l'industrie du médicament. Il aurait été souhaitable de ne pas se limiter à l'assurance maladie et de prendre en compte le système de santé dans son ensemble. On aurait pu, ainsi, agir sur les comportements et les rendre vertueux. Or les mesures de maîtrise médicalisée sont toutes tournées contre le patient. On ne touche pas à l'offre de soins.

Le texte est enfin dangereux. L'un de ses dangers majeurs consiste dans le changement d'approche de la problématique de l'assurance maladie, approche qui faisait l'objet d'un consensus depuis vingt ans. Cette rupture risque de conduire à un décrochage entre les dépenses d'assurance maladie et les dépenses de santé.

M. Claude Evin a souligné que le gouvernement dispose d'une véritable opportunité de préparer une vraie réforme de notre système de santé. Or le projet présenté ne règle même pas le problème de financement de l'assurance maladie. Ce point est reconnu par tous les économistes de la santé, quelle que soit leur sensibilité politique, ce qui est véritablement inquiétant. En réalité, le gouvernement ne s'est jamais engagé dans ce qui aurait été une véritable réforme, c'est-à-dire une réorganisation de l'offre de soins. Il s'est engagé dans une impasse en se contentant d'une démarche d'acheteur de soins, en posant le problème en termes de prix et de tarifs, sans s'interroger sur l'organisation du système. Il faut cependant reconnaître que les partenaires sociaux se sont fourvoyés de la même façon. Les résultats sont prévisibles. C'est d'abord une offre de soin inadéquate, notamment sur le plan géographique, porteuse de difficultés d'accès aux soins. C'est aussi la disparition de toute politique de soutien à la recherche et au médicament.

Le projet de loi n'apporte aucune démarche nouvelle et ne propose aucune évolution du système susceptible d'instaurer une relation plus proche entre la ville et l'hôpital. Il se limite à un patchwork de mesures qui auraient très bien pu figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale ou un texte portant diverses dispositions d'ordre social. Le rapporteur lui-même a reconnu que le texte aurait pu aller plus loin dans le décloisonnement du système de santé. C'est bien faire l'aveu des insuffisances du projet, qui n'apporte aucune réponse valable à la seule question qui vaille : qui pilote le système ? Si le projet de loi ne permet pas une redéfinition de la répartition des responsabilités entre l'Etat et les caisses, il ne pourra pas être présenté comme une grande réforme du système de santé, ni même du financement de l'assurance maladie.

M. Maxime Gremetz a tout d'abord rappelé le contexte dans lequel le gouvernement présente son projet de réforme. Le déficit de l'assurance maladie s'élève à 12,9 milliards d'euros pour 2004 après des années d'équilibre ; le déficit général est de 14 milliards d'euros – avec, pour la première fois depuis plusieurs années, une situation déficitaire pour toutes les branches – et le déficit cumulé d'environ 49 milliards d'euros. Ce dernier devrait atteindre 66 milliards d'euros d'ici quinze ans. Les dépenses d'assurance maladie ont augmenté cette année de 6,6 %, soit un milliard d'euros de plus que l'objectif prévu. L'assurance maladie rembourse les trois quarts de ces dépenses, 12,3 % sont remboursées par les régimes complémentaires et 11 % restent à la charge des ménages. Les postes les plus dépensiers sont le remboursement des soins en établissements (52 % des dépenses de l'assurance maladie) et celui des médicaments (14,4 milliards d'euros). En 2003, les arrêts maladie ont représenté 5,4 milliards d'euros, soit 5,6 % des dépenses de l'assurance maladie. Face à toutes ces dépenses, quelles sont les sources de financement ? Le régime d'assurance maladie est financé à 89 % par les cotisations patronales et la CSG, à hauteur de 110,3 milliards d'euros. Plus précisément, 58,1 milliards d'euros proviennent des cotisations sociales, 33,5 milliards d'euros de la CSG, 4,2 milliards d'euros de la CSG sur les produits du patrimoine et des placements et 2,2 milliards d'euros de l'impôt (taxes alcools et tabacs principalement).

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir comment préserver le système de sécurité sociale mis en place en 1946, sur un projet élaboré par le Conseil national de la résistance, par le général de Gaulle et le ministre communiste Ambroise Croizat. Pour le dire autrement, doit-on se rendre à la fatalité d'une privatisation de la sécurité sociale ? Le Parlement devra prendre le temps nécessaire au débat car il s'agit d'une question lourde. Le groupe communiste a de nombreuses propositions de modernisation à présenter et s'il n'est pas nécessaire d'alourdir outre mesure les débats en commission, la séance publique devra lui permettre de les exprimer.

A l'instar de ce qui avait été fait pour la réforme des retraites, le gouvernement a créé un Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie chargé d'établir un diagnostic – comme le Conseil d'orientation des retraites (COR) pour les retraites – de la situation de l'assurance maladie. Il a abouti à un diagnostic

partagé. A sa suite, le président de l'Assemblée nationale, M. Jean-Louis Debré, a constitué une mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie qui a fait de très nombreuses auditions et produit un bon rapport porteur d'un constat lucide. Il a en conséquence placé la barre très haut pour la réforme. Le projet de gouvernement est très en retrait par rapport à ces états des lieux et n'apporte aucune réponse aux besoins nouveaux nés de l'allongement de la durée de la vie, de l'apparition de nouvelles maladies ou des avancées de la recherche. Toutefois, il pose les jalons d'une nouvelle organisation de la gouvernance de l'assurance maladie qu'il est intéressant d'analyser.

Deux orientations majeures sont affichées pour la réforme : atteindre l'équilibre financier par la responsabilisation des acteurs (assurés, professionnels, pouvoirs publics) et ne réaliser ni privatisation ni étatisation – mais on sait maintenant qu'il faut se méfier du « ni-ni ».

Les objectifs d'équilibre et de responsabilisation ont comme dénominateur commun la réalisation de 15 milliards d'euros d'économies, soit 10 milliards d'euros au titre de la réorganisation de l'offre de soins dite responsabilisation et 5 milliards d'euros au titre de recettes nouvelles. Ces nouvelles recettes se composent du taux du forfait d'un euro par acte et consultation (400 millions d'euros), de la hausse de 6,2 à 6,6 % de la CSG des retraités (560 millions d'euros), de l'extension de l'assiette de la CSG des salariés (un milliard d'euros), de la hausse de la CSG de 0,7 point sur les revenus du patrimoine et sur les revenus de placement (630 millions d'euros), de la hausse de la CSG sur les produits des jeux (100 millions d'euros), du relèvement de 0,3 point de la C3S (700 millions d'euros) et du transfert de recettes fiscales (un milliard d'euros), soit un total de 4,39 milliards d'euros. Quant aux économies sur l'offre de soins, elles concernent la maîtrise médicalisée (pour 3,5 milliards d'euros), le contrôle des arrêts de travail (800 millions d'euros), la politique du médicament (2 milliards d'euros), l'augmentation de la taxe sur les dépenses de publicité des laboratoires pharmaceutiques (1,5 milliard d'euros) et le prolongement de la CADES (1 milliard d'euros), pour un total de 8,8 milliards d'euros.

Concernant le principe « ni privatisation, ni étatisation », le projet de loi met en fait en place un nouveau schéma de gouvernance de la sécurité sociale. Il prévoit la création d'une Haute autorité de santé ayant plusieurs missions comme la vérification du service médical rendu (SMR), la réflexion sur les niveaux de remboursement et le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie, avec un regard particulier sur les ALD, l'élaboration des référentiels de bon usage de soins ou de bonne pratique et l'information des professionnels comme du grand public. La Haute autorité devrait être dirigée par un collège composé de douze membres pour un mandat de six ans renouvelable une fois. C'est l'une des grandes nouveautés dans le système. On veut faire passer la Haute autorité de santé pour une autorité morale au-dessus de tous soupçons et désintéressée dans la gestion mais les nominations ne sont pas sans incidences de ce point de vue, pas plus que les décisions qui seront prises en matière de service médical rendu (SMR), de panier remboursable, de taux de remboursement. Jusqu'à aujourd'hui, ces

missions étaient remplies par différentes institutions qui ne sont pas compromises dans le déficit de l'assurance maladie. Le texte prévoit également la création d'une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) réunissant la CNAMTS, la CANAM et la MSA, qui participera à la réflexion sur les mêmes sujets que la Haute autorité de santé. Elle devrait suivre les avis rendus par cette dernière. Les orientations seront communiquées aux trois caisses en vue de leur application jusqu'au niveau local. Il est également créé une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire qui émettra des avis sur les orientations de l'UNCAM, et donc sur le périmètre de soins et les niveaux de prise en charge.

Enfin, le projet prévoit un changement de fonctionnement à la CNAM puisque le conseil d'administration est relégué au second plan au profit d'un nouveau conseil composé en nombre égal – sans plus de précisions – de représentants des salariés et des employeurs ainsi que de représentants de la mutualité et des autres acteurs de l'assurance maladie. Cela concerne-t-il les assurances, les usagers, les personnalités qualifiées ? Il y a fort à parier qu'il y aura un peu de tout. Ce conseil sera dirigé par un « super directeur », nommé par le ministre, doté d'une capacité de décision et d'organisation dans de nombreux domaines. C'est bien là que l'on peut parler d'étatisation. En d'autres termes, le conseil bavardera, donnera des orientations et le directeur agira et décidera. Les salariés ne seront plus aux commandes. Le texte ne prévoit effectivement ni privatisation immédiate ni étatisation complète. Cependant les pierres sont posées une à une vers la privatisation et, dans le même temps, vers une forme d'étatisation. La nouvelle organisation fait officiellement entrer les assurances complémentaires dans le circuit de gestion. Elles seront présentes dans le conseil de la CNAM et participeront à la définition du périmètre de l'assurance maladie. Le Président de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) s'est d'ailleurs publiquement félicité du projet qui ouvre le champ de la santé aux assureurs, ce que s'est empressé de démentir – mais un peu tard –, le ministre Xavier Bertrand ! Aujourd'hui, le périmètre d'intervention des caisses complémentaires est encore limité mais il est déjà plus important qu'hier. Demain, les vagues de remboursement vont encore accroître le rôle des complémentaires santé.

Le dispositif de crédit d'impôt prévu pour aider ceux qui ne pourraient augmenter leur budget d'assurance complémentaire santé confirme bien la logique d'étatisation et de privatisation. La mesure est cependant porteuse d'inégalités car tout le monde ne paye pas l'impôt. De plus, on évoque un montant d'environ 150 euros par an alors qu'aujourd'hui, une couverture moyenne par une assurance complémentaire coûte entre 50 et 100 euros par mois. Enfin, si le gouvernement a la volonté de favoriser l'accès aux complémentaires, c'est bien le signe que les complémentaires vont prendre plus d'importance dans le remboursement et donc par conséquent que le champ du remboursement par l'assurance maladie va se réduire ! Pour les autres, il restera la couverture maladie universelle (CMU).

L'Etat devient maître des nominations au sein de la CNAMTS. En effet, le « super directeur » est nommé par le ministre et le mode de désignation des

membres du conseil (représentants des salariés, des employeurs, des mutuelles, assurances...) n'est pas précisé. Une chose est sûre : ils ne seront pas élus.

En conclusion, la réforme peut se résumer en deux points : des mesures éculées et la préparation d'un avenir plus régressif encore pour l'après 2007. On ne peut que constater un profond décalage entre ce qu'il conviendrait de faire et ce qui est fait. Les mesures proposées ne répondent pas à l'ampleur des problèmes posés tout en préparant le terrain pour qu'une prochaine réforme puisse aboutir à la privatisation, encore impossible aujourd'hui.

Les propositions du groupe communiste sont bien connues. De nombreux amendements seront déposés pour les reprendre et améliorer le texte : 1 000 amendements ont été déposés en commission et 10 000 seront présentés en séance car le débat, qui existe actuellement dans tout le pays, tant sur le financement que la gouvernance de la sécurité sociale, doit trouver un écho à l'Assemblée nationale.

M. Jean-Luc Prél a souligné le caractère nécessaire et urgent d'une réforme attendue par tous. La discussion des articles et amendements sera l'occasion de préciser l'ensemble des questions abordées par le projet. D'ores et déjà, il convient néanmoins de replacer ce texte dans le contexte de la discussion de nombreux autres : le projet de loi relatif à la politique de santé publique, le projet concernant les territoires ruraux, celui portant sur la décentralisation ou encore l'élaboration des ordonnances relatives, notamment, à la question de l'hôpital.

Il existe un accord de principe sur le fait d'accorder à tous un accès à des soins de qualité. Encore est-il nécessaire de parvenir à l'élaboration de propositions consensuelles acceptables par tous, ce qui est moins évident. De nombreux rapports, parmi lesquels celui du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ont dressé le constat d'une crise de l'ensemble des secteurs médicaux, pour de nombreuses raisons : absence d'un pilote clairement identifié pour la gouvernance ; problème de la mise en œuvre du paritarisme ; séparation entre médecine de ville et hôpital ; développement insuffisant de la prévention ; mise en cause de la qualité de l'évaluation et de l'efficacité des soins ; problèmes dans la coordination des soins ; questions de démographie médicale, pour ne citer que les principaux d'entre eux. Le déficit cumulé de l'assurance maladie – 32 milliards d'euros – représente, à lui seul, un défi majeur. Compte tenu de ce déficit, la proposition d'un transfert de ces sommes à la CADES paraît logique. Est moins logique, en revanche, le prolongement de la durée de vie de celle-ci.

Une fois que les compteurs seront « remis à zéro », il restera le problème de la gouvernance, qui recoupe la question du développement d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé. De ce point de vue, la création d'une caisse autonome pour la couverture du risque accidents du travail et maladies professionnelles, de même que l'instauration à la CNAM d'un directeur général doté de pouvoirs importants, est une bonne chose. Il convient de rendre les acteurs

du système de santé responsables, tant en amont, au plan de la décision, qu'en aval, au plan de la gestion. La régionalisation va dans ce sens, avec l'établissement d'un interlocuteur unique pour toutes les questions, qu'elles touchent l'hôpital, le secteur ambulatoire, ou encore la formation. À cet égard, la position du ministre de la santé et de la protection sociale peut sembler trop timorée. Pourquoi en effet parler d'une deuxième étape pour l'avenir, sans procéder dès aujourd'hui à une véritable régionalisation, par la création des agences régionales de santé ?

Un certain nombre de points mentionnés par le projet sont toutefois très positifs. Il en va ainsi des mesures concernant les médecins traitants, même s'il conviendra de régler les questions en suspens relatives à l'accès au spécialiste, au remboursement ou encore à la liberté des honoraires. De même, le dossier médical personnel est une bonne chose mais il faudra veiller à ce que des économies effectives puissent être réalisées par ce biais. La création d'une Haute autorité de santé est souhaitable, mais elle devra revêtir un caractère réellement scientifique : la procédure de nomination telle qu'elle est prévue aujourd'hui, très officielle, doit encore être revue. Enfin, la création d'un Institut des données de santé doit être saluée – une proposition de loi du groupe UDF avait d'ailleurs été déposée avec ce même objectif – même si, là encore, des questions restent en suspens, relatives par exemple au codage des actes.

M. Jean-Luc Prél a indiqué que les commissaires du groupe UDF avaient déposé environ soixante-dix amendements. Il serait bienvenu que la commission puisse en accepter au moins quelques-uns.

Mme Martine Billard a souligné combien le projet présenté est décevant. Il s'agit bien d'un « énième replâtrage ». Il est dommage que cette réforme sans souffle soit de ce fait probablement condamnée à devoir être recommencée. Pourtant, des propositions ont été avancées par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, ainsi que la mission d'information relative à la problématique de l'assurance maladie, mais celles-ci ne sont qu'insuffisamment reprises par le projet de loi.

La réflexion est morcelée entre le plan « Hôpital 2007 », le projet relatif à la politique de santé publique, le plan « santé-environnement » annoncé récemment par le ministre de la santé et de la protection sociale et enfin la présente réforme. En réalité, aucune réponse n'est apportée à la nécessité, pourtant mise en évidence, d'une réforme globale du système de santé. Ce n'est pas un processus d'éducation en matière de santé qui est mis en œuvre, mais une tentative de culpabilisation, ainsi que l'a illustré la polémique relative au nombre de fraudes liées à l'utilisation des cartes Vitale, alors que les conclusions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales étaient beaucoup plus nuancées.

Sans cohérence, la réforme se présente comme unijambiste. On peut certes présenter l'augmentation des dépenses de médecine de ville comme liées au nomadisme médical et proposer comme solution la mise en place du système de médecin traitant ou du dossier médical personnel. Mais ces solutions sont trop

rapides et devront être revues. Par exemple, qu'en sera-t-il de la contribution forfaitaire prévue pour les actes médicaux en matière d'ALD ? De manière générale, les efforts portent sur les assurés, mais non sur le corps médical, ce qui est révélateur d'un manque de courage. L'enjeu de la réforme ne doit pourtant pas être la diminution de la prise en charge des dépenses d'assurance maladie en accroissant le montant des assurances complémentaires souscrites par les malades.

Enfin, le projet ne donne pas l'impression de ressembler à une construction achevée : c'est en particulier le cas de la Haute autorité de santé, dont l'articulation avec les institutions existantes mérite d'être davantage précisée, au besoin par décret, à défaut de quoi des difficultés de fonctionnement se feront jour. Au-delà, la notion de gouvernance pourrait n'être qu'un écran de fumée, destiné à permettre à des représentants de l'Etat de prendre les décisions de déremboursement qui, hier, incombaient directement au gouvernement.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a insisté sur l'insuffisante prise en considération du secteur médico-social et en particulier de la situation des personnes âgées et des handicapés. Dans ce projet comme dans beaucoup d'autres, le silence se fait sur cette question. C'est pourquoi il est important que les amendements qui seront présentés permettent d'aborder ces thèmes, dans la mesure où les dépenses sanitaires concernant les personnes âgées et les personnes handicapées doivent en effet rester dans le champ de l'assurance maladie.

M. Jacques Domergue a tout d'abord salué le maintien, voire la sanctuarisation du système d'assurance maladie « à la française », auquel tiennent beaucoup nos concitoyens ainsi qu'en témoignent de nombreuses enquêtes d'opinion. Les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ont permis de proposer des pistes de réforme, s'agissant notamment de la responsabilisation des acteurs ou la réorganisation des soins. De ce point de vue, les utilisateurs comme les producteurs de soins savent qu'il reste beaucoup à faire pour rationaliser – et non pas rationner – les dépenses : autrement dit, faire mieux au même prix ou à moindre prix, ce qui permettra, entre autres, de financer l'innovation. Il est également nécessaire de promouvoir le décroisement de la médecine de ville et de l'hôpital afin de permettre une meilleure optimisation des moyens et de renforcer les liens entre l'assurance maladie et les organismes d'assurance complémentaire.

Ces réformes nécessitent la mise en œuvre de contraintes nouvelles pour les professionnels, par l'établissement de référentiels au service de l'évaluation, donc de la qualité des soins. Les patients devront aussi participer à la maîtrise des dépenses de soins, car chacun sait que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. L'assurance maladie n'est ni étatisée, ni privatisée, mais dotée à la fois d'une composante libérale et d'une composante étatique, dans le cadre d'un paritarisme rénové. Un tel système devra disposer d'un pilote : celui qui sera désigné comme tel aura la charge de mener à bien cette réforme. Enfin, il faut souligner que le report de la dette sur les générations futures intervient à un moment de relance de

la croissance et alors que le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises doivent être préservés.

En réponse aux intervenants, **le rapporteur** a formulé les observations suivantes :

– Il est dommage de constater que chacun campe sur ses positions, alors même que des pistes pour un accord sont apparues. En Allemagne, par exemple, un certain consensus a pu voir le jour sur des questions voisines, mais il est vrai qu'il s'agit aussi d'une autre culture de gouvernement.

– Dire que la réforme est injuste, inefficace et dangereuse appelle la réponse exactement inverse selon laquelle la réforme est juste, efficace et bénéfique. S'agissant par exemple du transfert de la dette sur les générations futures, la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ne s'éteindrait qu'en 2024, en l'absence de tout changement : il est donc important d'anticiper ce moment.

– Les réformes structurelles sont certes nombreuses, mais il est important de les prendre toutes en compte, car elles vont toutes dans le sens d'une amélioration de la qualité des soins et de la prévention. Ce projet de loi apporte en quelque sorte la touche finale à ce dispositif.

– Il est en revanche excessif d'affirmer qu'avec ce projet on passerait de la maîtrise des dépenses de santé à celles de l'assurance maladie. Précisément, le projet propose une réforme de l'organisation du système de soins qui aura également des conséquences indirectes sur l'assurance maladie.

– La question du cloisonnement est importante mais le projet y apporte des réponses, en particulier par le renforcement du rôle du médecin traitant ou la mise en œuvre du dossier médical personnel, qui s'inscrit dans la continuité du carnet de santé prévu par l'ordonnance de 1996 et sur lequel s'était sans doute déjà engagée une réflexion alors que M. Claude Evin était ministre de la santé. Il s'agit bien là d'éléments permettant une coordination plus importante des soins.

– Concernant le renforcement des liens entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), cet objectif transcende tous les clivages, en apportant une plus grande cohérence à l'organisation régionale du système de soins. Pour autant, la tâche n'est pas aisée. Les ARH sont dans une logique de moyens exorbitante du droit commun du fait de leur lien avec la puissance publique. Quant aux URCAM, elles se trouvent davantage dans une démarche de partenariat. En outre, ces deux entités – de tailles au demeurant relativement réduites – doivent prendre en compte les moyens humains des caisses régionales d'assurance maladie ou encore des directions départementales ou régionales des affaires sanitaires et sociales, soit des moyens étatiques. Or aujourd'hui sans les moyens de l'Etat, les ARH n'existeraient pas. Avant une réunion effective de ces deux structures, au sein par exemple d'une mission régionale de santé, on peut également envisager d'engager

des expérimentations, par exemple en Alsace. Car à vouloir aller trop vite, on court le risque de marginaliser la fonction de santé publique.

– L'amélioration de la coordination des soins, qui est au cœur du projet de loi, passe également par le renforcement des réseaux ou encore les protocoles de soins.

– Concernant l'intervention de M. Maxime Gremetz, il faut lui donner acte de ce qu'Ambroise Croizat a bien été ministre en charge des questions sociales en 1945. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie peut effectivement, à certains égards, s'apparenter au Conseil d'orientation des retraites. Il est important de prendre en considération les progrès de la médecine et l'accroissement de la durée de vie, ou encore de la réalité des chiffres énoncés qui, du reste, figurent dans le projet. En revanche, l'analyse relative à la privatisation du système est plus que contestable car les mutuelles ont en réalité précédé l'assurance maladie et il n'est pas justifié de leur attribuer un but exclusivement lucratif. Le présent texte n'opère en rien une privatisation ou une étatisation de l'assurance maladie : si l'hospitalisation est en partie une affaire d'Etat, l'assurance maladie relève d'abord de la compétence des partenaires sociaux.

– S'agissant du manque de cohérence que pourrait impliquer la multiplication des textes en discussion, il convient de garder présent à l'esprit qu'ils correspondent tous à un problème bien déterminé, constituant les différents morceaux d'un même puzzle. Par exemple, les conférences de santé, figurant dans le texte relatif à la politique de santé publique, intéressent de très près l'ensemble des personnels de santé. En même temps, il est essentiel de distinguer les différentes questions : la santé publique n'est pas l'assurance maladie et les opérations de dépistage ou de prévention ne peuvent être associées à celles dont le but est curatif.

– Quant au médecin traitant, dont les modalités de mise en œuvre sont précisées par décret, il faut souligner l'importance de l'implication des professionnels de santé dans la réforme : sans eux, cette réforme n'a ni sens, ni avenir. Ils en sont conscients. En tout état de cause, on peut justement évoquer la notion de modernisation, car la réforme porte sur un système ancien, qui s'est amélioré par couches successives, au fil des années, mais qu'il importe aujourd'hui de réviser, comme on procéderait à la révision des cales ou du moteur d'un paquebot.

– Il faut rendre hommage à la détermination de M. Jean-Luc Prével qui a proposé à de nombreuses reprises la création d'un « INSEE de la santé », qui diffère cependant de l'Institut des données de santé prévu par le projet de loi.

– S'agissant de la prolongation de la durée de vie de la CADES, à laquelle les partenaires sociaux sont très opposés tout en ne proposant guère d'alternatives, il serait envisageable de limiter cette prolongation à 2020, ce qui correspondra au

moment où le fonds de réserve pour les retraites devrait atteindre son point le plus élevé en matière de charges de financement.

– Le dossier médical personnel présente de nombreux avantages en termes de qualité accrue des soins. L'ampleur de ces avantages devrait excéder le volume des gains attendus en termes d'économies réalisées, même s'il y aura sans doute quelques « bonnes surprises » en la matière.

– Mme Paulette Guinchard-Kunstler a raison de souligner l'importance de la prise en compte du secteur médico-social, mais il faut également se rappeler que des projets de loi récents concernant l'autonomie et le handicap ont permis d'aborder ces questions.

– Enfin, la coordination entre la ville et l'hôpital doit en effet être renforcée et il s'agit là de l'un des objectifs essentiels poursuivis par ce texte.

M. Alain Vidalies a pris acte des propos du rapporteur. En effet, dans sa présentation de l'impact financier de la réforme, le ministre de la santé insiste sur les économies que permettra le dossier médical partagé, qu'il a d'abord chiffrées à 7 milliards d'euros, puis à 3,8 milliards. Or, le rapporteur vient de souligner ce qu'apportera le dossier médical partagé en matière de coordination et de qualité des soins mais a exprimé des doutes sur les économies qu'il entraînerait à court terme. Dans ces conditions, on voit bien que l'équilibre financier présenté comprend une impasse de 3,8 milliards d'euros et on peut dès lors se demander si le débat doit être poursuivi sur une réforme dont le financement est à ce point incertain.

Le rapporteur a considéré qu'il s'agit là d'une prise de position politicienne. Il convient de distinguer les effets de la réforme à court, à moyen et à long termes. A cet effet, à moyen et à long termes, la coordination des soins et la mise en œuvre du plan Hôpital 2007 conduiront tout à la fois à des économies financières et à une amélioration de la qualité du système de santé. Il faut toutefois émettre une réserve sur les possibilités d'économies à long terme, en prenant en compte l'effet de l'allongement de la durée de la vie et le coût des progrès médicaux. Certains progrès techniques induisent pourtant une réduction des dépenses au bénéfice du patient, par exemple le dispositif qui permet de casser les calculs rénaux sans intervention chirurgicale.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que le plan Hôpital 2007 entraîne en fait des dépenses supplémentaires. Par ailleurs, cette réponse du rapporteur ne contredit pas les propos de M. Alain Vidalies : si tout le monde convient que la mise en place du dossier médical partagé conduira à plus d'efficacité à moyen terme, il reste tout à fait injustifié d'en attendre 3,8 milliards d'euros d'économies à court terme.

III.- EXAMEN DES ARTICLES

La commission spéciale a examiné les articles du présent projet de loi au cours de ses séances des 22 et 23 juin 2004.

Avant l'article 1^{er}

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen instituant un crédit d'impôt au titre de l'aide à la mutualisation au profit des personnes non couvertes par un régime complémentaire d'employeur (dont les cotisations sont déductibles de l'impôt) et dont les ressources sont comprises entre le plafond de ressources pour le bénéfice de la CMU et 1,4 fois le montant du SMIC.

M. Gérard Bapt a espéré que cet amendement recueillerait un large consensus. En effet, si la mise en place de la CMU a ouvert aux personnes les plus modestes un droit simple et concret à la couverture maladie, le dispositif souffre cependant d'un effet de seuil qui a déjà conduit le gouvernement précédent à mettre en place un système de lissage pour les personnes se trouvant moins de 10 % au-dessus du plafond de ressources. L'amendement vise à compléter ce système pour l'ensemble de ceux dont les revenus sont modestes et qui ne sont pas couverts par un contrat d'entreprise ; l'aide serait dégressive pour s'annuler pour un revenu de 1,4 fois le SMIC. Il semble qu'à la demande de la Fédération nationale de la mutualité française, le gouvernement, après avoir indiqué dans un premier temps qu'il était ouvert aussi bien à un système de crédit d'impôt qu'à un système d'aide directe, se soit rallié à la première option. Cet amendement devrait donc être adopté.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'esprit de l'amendement, convenant qu'il est parfaitement injuste que 1,5 million de Français ne puissent accéder à une assurance complémentaire faute de moyens. Toutefois, il faut songer à l'état des finances publiques ; le coût de cette mesure n'a pas été chiffré par ses auteurs. En partant des estimations du rapport de M. Pierre Chadelat, lequel évaluait à 1,8 milliard d'euros le coût d'une mesure comparable si l'on fixait le plafond de ressources pour en bénéficier à 1 000 euros et à 2,4 milliards pour un plafond fixé à 1 200 euros, on peut estimer que le coût fiscal de l'amendement atteindrait 3,5 milliards d'euros. L'incidence d'une telle mesure fiscale sur le budget de l'Etat ne peut pas être négligée. En conséquence, la commission est invitée à rejeter cet amendement, sachant qu'un autre amendement de même implication mais plus précis sera soumis à son examen dans la suite du texte.

M. Richard Mallié a approuvé le principe d'une aide à l'accès à l'assurance complémentaire, mais regretté les contradictions du dispositif proposé, lequel renvoie aux lois de financement de la sécurité sociale la fixation des modalités du crédit d'impôt.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que le groupe socialiste fait là une proposition constructive qui répond aux projets du ministre ; un amendement ne doit pas être rejeté simplement parce qu'il est proposé par l'opposition. Par ailleurs, le comportement du gouvernement n'est pas correct : compte tenu des moyens dont il dispose, il est scandaleux que ce dernier ne dépose pas ses amendements en temps et en heure pour que la commission puisse en prendre connaissance avant le début de l'examen des articles.

M. Maxime Gremetz s'est prononcé contre l'amendement. La réforme de la sécurité sociale doit être une réforme progressiste et non régressive, c'est-à-dire qu'elle doit permettre pour tous la couverture des nouveaux risques en fonction des besoins. Ce n'est pas dans cet esprit qu'a été conçue la CMU, qui est un pis-aller, la sécurité sociale des pauvres, et dont, en plus, 2 millions de personnes ont été écartées du fait de la fixation du plafond de ressources juste en dessous des montants de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) et du minimum vieillesse. Bien au contraire, l'objectif est de faire bénéficier tout le monde du même régime de protection maladie et de mettre fin à la diminution constante de la part des dépenses de maladie qui sont prises en charge par la sécurité sociale. La France est un pays riche qui a les moyens de faire un véritable choix pour la santé, surtout si l'on considère le niveau des profits ; cela est d'autant plus vrai que la France n'est pas le pays qui dépense le plus pour la santé, comme l'établissent des statistiques d'Eurostat et contrairement aux affirmations répétées de certains.

Relevant que la CMU entraîne des effets de seuil et des paniers de soins différents pour la personne sans CMU et la personne soumise au droit commun, **M. Jean-Luc Prél** a rappelé la solution qu'il avait défendue lors de la mise en place de ce dispositif : l'idée d'une aide personnalisée à la santé, inversement proportionnelle aux revenus, à l'aide de laquelle chacun pourrait financer une complémentaire de son choix. Ce serait un meilleur système qu'un crédit d'impôt, qui entraînera des effets d'aubaine.

Sur ce point, **M. Gérard Bapt** a répondu que le crédit d'impôt qu'il envisage devra s'accompagner de négociations avec les mutuelles et les assurances complémentaires, afin d'éviter les effets d'aubaine à leur profit. Par ailleurs, le présent amendement doit être relié à un autre que défend également le groupe socialiste et qui vise à porter le plafond de ressources de la CMU au niveau de l'AAH.

Après avoir convenu qu'il s'agit d'une question très importante, **le rapporteur** a rappelé qu'il prépare à cet égard un amendement qui sera placé après l'article 32 ou en fin de texte ; il est en effet curieux d'inscrire une telle mesure avant l'article 1^{er} du projet de loi. Le texte qui sera finalement adopté devra proposer une réponse à l'injustice due à l'effet de seuil de la CMU. Cette question ne peut être renvoyée à la future loi de financement de la sécurité sociale, même si le coût de la mesure implique un examen attentif.

Par ailleurs, l'hostilité exprimée par M. Maxime Gremetz à l'égard des mutuelles, dont l'existence a précédé celle de la sécurité sociale, est surprenante. Il ne s'agit pas d'aller vers un système à deux vitesses, mais il est incontestable que la CMU a représenté un progrès. Au demeurant, elle avait été anticipée, sous une forme légèrement différente, dans un projet de loi préparé par M. Xavier Emmanuelli et dont les élections de 1997 ont empêché l'examen.

M. Jean-Marie Le Guen a relevé que c'est le Président de la République qui, en dissolvant l'Assemblée nationale, a empêché l'examen de ce texte.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen précisant que la santé est une priorité nationale et que le droit à la santé est garanti à chacun, **M. Jean-Marie Le Guen** ayant souligné que la réforme doit envisager l'ensemble du système de santé et pas seulement l'assurance maladie.

Le rapporteur ayant estimé cet amendement satisfait par le texte, la commission l'a *rejeté*.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz affirmant que la Nation assure à chacun les conditions nécessaires à son développement et garantit à tous la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs, ainsi que des moyens convenables d'existence à ceux qui sont dans l'incapacité de travailler.

Le rapporteur n'ayant pas jugé opportun d'insérer dans le projet de loi des dispositions du préambule de la Constitution de 1946, la commission a *rejeté* l'amendement.

Sur l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen précisant que le système de santé en France contribue à la réalisation du droit fondamental à la protection de la santé au niveau européen et international.

Article 1^{er}

(article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale)

Principes fondateurs de l'assurance maladie

Cet article vise à rappeler de manière solennelle l'attachement de la Nation aux principes fondateurs de l'assurance maladie.

Il s'agit de donner solennité aux fondements de l'assurance maladie, à l'exemple des trois premiers articles de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui rappellent les principes ayant guidé la réforme.

La rédaction du présent article reprend les termes de l'exposé des motifs du projet de loi. La portée normative de ces dispositions législatives est relative ; il semble peu probable qu'un juge apprécie comme fondé un recours contre un règlement ou arrêté s'appuyant sur ces déclarations de principes.

Néanmoins, l'article s'appuie sur le large consensus qui s'est dégagé, d'abord au sein du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie puis lors des travaux de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie. Les rapports de ces deux instances ont montré l'attachement de tous les acteurs concernés, (assurés, patients, professionnels de santé, gestionnaires des caisses et des régimes complémentaires, organisations de salariés et d'employeurs ...) à une série de règles de base, qu'il convient donc de rappeler.

L'article propose de moderniser et de compléter les principes ayant fondé la création de la sécurité sociale en 1945, sur la base du programme du Conseil national de la résistance. Ces principes étaient surtout axés sur l'accès aux soins et sur les revenus de remplacement. Depuis, d'autres préoccupations ont émergé, comme l'attention portée à la qualité des soins, à l'efficacité du système de l'assurance maladie et à la promotion de la santé.

De ce point de vue, le présent article apporte une véritable novation en faisant un rappel solennel, dans le code de la sécurité sociale, des impératifs de qualité des soins, d'efficacité et de prévention. En particulier, ces notions, souvent évoquées dans le code de la santé publique (par exemple à l'article L. 1110-1), ne sont pas mentionnées dans la rédaction de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale, placé tout au début de ce code, et qui dispose que : « *L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale. Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité, de paternité et les charges de famille.* »

Afin de souligner le caractère solennel du rappel de ces déclarations, le texte propose de compléter la section I du chapitre I^{er} (*Organisation de la sécurité sociale*) du titre I^{er} (*Généralités*) du livre I^{er} (*Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) du code de la sécurité sociale par un article L. 111-2-1 nouveau. Ainsi, les principes fondateurs de l'assurance maladie sont énoncés dans le troisième article du code de la sécurité sociale, après le rappel des règles régissant l'organisation de la sécurité sociale (article L. 111-1) et son champ d'application (article L. 111-2).

Le nouvel article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale se compose de deux alinéas. Le premier vise à souligner l'aspect solidaire de l'organisation de l'assurance maladie. Le second rappelle les principes de l'accès de tous à des soins de qualité, dans le cadre d'un système efficace.

L'assurance maladie est un système obligatoire et universel, assurant la solidarité entre les assurés

Les trois phrases du premier alinéa constituent le rappel du socle philosophique du système d'assurance maladie français.

Dans cette perspective, il est d'abord proposé que l'article L. 111-2-1 nouveau souligne que la Nation est attachée à une « *assurance maladie obligatoire et universelle* ».

S'agissant de l'universalité du régime de l'assurance maladie, on peut rappeler le progrès qu'a constitué l'introduction de la couverture maladie universelle conformément à la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, qui a étendu la couverture de base à l'ensemble de la population. Comme l'a souligné M. Bertrand Fragonard, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, lors de son audition par la mission d'information parlementaire, l'obligation de l'affiliation aux régimes de l'assurance maladie, en ce qui concerne les régimes de base, garantit l'universalité du système et son caractère redistributif. Elle empêche notamment la fuite des « bons risques » hors du système.

Selon la rédaction proposée, l'assurance maladie assure une « *protection* » indépendante de l'âge ou de l'état de santé de la personne. Le terme de « *protection* » est un rappel du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, qui dispose : « *La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé (...)* ». Cette protection indépendante de l'âge et de la santé est une spécificité du système français et l'éloigne des systèmes à logique assurantielle, susceptible de sélectionner les « bons risques » et rejeter les « mauvais risques ». A ce stade, il est opportun de rappeler que 5 % des malades concentrent environ 60 % des dépenses remboursées¹.

Il est ensuite proposé que le premier alinéa de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale rappelle que la Nation « *affirme le caractère solidaire de son financement* » et que chacun « *contribue à ce financement selon [ses] ressources* ».

Si la première phrase du premier alinéa illustre le principe « *à chacun selon ses besoins* », les deux dernières phrases réaffirment que chacun contribue selon ses ressources, ce qui est un des piliers du système français de l'assurance maladie. Son application conduit notamment à ce qu'une personne ne soit pas appelée à contribuer plus à l'assurance maladie en raison d'un état de santé dégradé, en raison du nombre élevé de ses ayants droit (enfants notamment) ou de son comportement, qui peut pourtant l'amener à dégrader son état de santé (il n'existe pas de contribution majorée pour les fumeurs, par exemple). La

¹ Donnée issue du rapport de la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie.

contribution est dépendante des ressources : ainsi, la cotisation sociale généralisée (CSG) est proportionnelle à la quasi-totalité des revenus perçus par la personne.

L'assurance maladie, comme l'a souligné le rapport de la mission d'information, est devenue un élément central de redistribution dans la société française. Cet effet s'exerce à de multiples niveaux : entre les bien portants et les malades, entre les personnes disposant de revenus élevés et les autres, entre les personnes sans enfants et les personnes avec enfants...

Les régimes de l'assurance maladie assurent l'accès de tous à des soins de qualité

Le deuxième alinéa de l'article s'inscrit plus dans le registre du qualitatif et de l'efficience, en insistant sur les thèmes de l'accès aux soins, de la qualité des soins, de la santé publique et de l'efficience. Le degré d'engagement des régimes de l'assurance maladie varie fortement suivant le domaine concerné.

– La première préoccupation évoquée est celle de l'accès aux soins.

Il est proposé que la première phrase de cet alinéa indique que « *Les régimes d'assurance maladie favorisent un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins, notamment par une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national* ». S'il est impossible de garantir l'accès à la santé, l'équité exige au moins que l'accès aux soins soit assuré, ou, du moins « favorisé » par les régimes de l'assurance maladie, comme le propose la rédaction de cette phrase. Compte tenu de la technicité croissante des soins, de leur coût élevé et de leur répartition inégale sur le territoire, l'accès aux soins devient de plus en plus une condition de la protection effective de la santé.

Cette première phrase indique que les régimes de l'assurance maladie favorisent « *la bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire* ». A ce sujet, il est bon de rappeler que les caisses d'assurance maladie ne disposent guère d'outils pour modifier cette répartition de l'offre, qu'il s'agisse du nombre de professionnels de santé, des modalités de l'installation des libéraux en ville ou de l'offre hospitalière¹. Beaucoup de ces outils sont entre les mains de l'Etat, qui, à titre d'exemple, fixe le *numerus clausus*, définit le nombre de postes ouverts par discipline et spécialité à l'issue des résultats de l'examen national classant (ENC) ou décide de fermer un établissement hospitalier via l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH). Quelques dispositions du présent projet de loi visent à remédier à cette carence en mettant en place une « délégation élargie ». Ainsi, l'article 26 (*cf. infra*) crée un « comité de l'hospitalisation » ayant vocation à intégrer davantage les représentants des régimes de l'assurance maladie dans le pilotage de la politique hospitalière française.

¹ L'assurance maladie a certes disposé du MICA pour influencer sur la démographie médicale et siège au conseil d'administration de l'ARH.

– La rédaction proposée insiste ensuite sur le nécessaire renforcement de la qualité des soins.

La deuxième phrase du deuxième alinéa introduit une nouveauté par rapport aux principes de 1945 : elle aborde la question de la qualité des soins. Selon la rédaction proposée, les régimes de l'assurance maladie « *font bénéficier tous les assurés sociaux des progrès de la médecine.* » En outre, ils contribuent à assurer la « *coordination et à la qualité des soins dispensés* ». S'agissant de la qualité des soins, force est de constater que c'est l'Etat qui, aujourd'hui, exerce le plus de responsabilités en matière de garantie de qualité des biens et services médicaux, grâce notamment à la réglementation, au réseau d'agences sanitaires et aux corps d'inspection. En particulier, la sécurité sanitaire reste une compétence quasi étatique. Les régimes de l'assurance maladie ne sont pas totalement absents de ce domaine, notamment grâce au contrôle médical, mais leur action reste marginale.

– La rédaction de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale permet de prendre en compte la politique de santé publique.

Le projet propose également que les régimes de l'assurance maladie « *concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique* ». Les crédits de l'assurance maladie peuvent contribuer à la réalisation d'une politique de santé publique. C'est d'ailleurs déjà le cas conformément à l'article L. 321-1 (6°) du code de la sécurité sociale, issu de l'article 81 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la modernisation du système de santé, qui précise que les actions de dépistage sont prises en charge par l'assurance maladie. Le projet de loi relatif à la politique de santé publique, actuellement en discussion au Parlement, prévoit que l'Etat définit les objectifs de santé publique. Le projet aménage des lieux de concertation où les représentants des régimes de l'assurance maladie peuvent contribuer à l'élaboration de ces objectifs.

– Les régimes de l'assurance maladie doivent améliorer l'efficacité de leur action.

La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale correspond à l'une des idées maîtresses du présent projet, idée que le ministre de la santé et de la protection sociale, M. Philippe Douste-Blazy, a résumée dans l'expression suivante : « *Mieux dépenser, mieux soigner* ».

Selon la rédaction proposée, les régimes de l'assurance maladie « *veillent à un usage efficace des ressources* » qui leur sont consacrées par la nation. Si l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a considéré, voilà déjà quatre ans, le système de santé français comme le meilleur du monde¹, il n'est pas sûr qu'il soit le plus efficace. L'ampleur des besoins actuels de financement et la conscience diffuse qu'à chacun des acteurs de nombreux gaspillages motivent de nombreuses dispositions du projet de loi.

¹ « La santé dans le monde - 2000 », rapport de l'OMS.

A ce stade, le rapporteur souhaite souligner que la création en 2002, à son initiative, de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS) a anticipé ce besoin d'évaluation et de recherche de l'efficacité, en s'attachant à faire établir de véritables analyses médico-économiques des politiques de santé. Deux premières études ont été réalisées, l'une consacrée au dépistage du cancer du sein, l'autre à la prévention des handicaps chez l'enfant.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que la Nation fait le choix social et politique d'assurer à la population le plus haut niveau de santé et de s'en donner les moyens financiers.

M. Maxime Gremetz a fait observer que si le principe de la solidarité nationale en matière d'accès aux soins est bien garanti par la Constitution, il n'en va pas de même des moyens financiers assurant la mise en œuvre de ce principe.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* les amendements.

Elle a *rejeté* pour la même raison deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que la Nation assure à tous les citoyens, au moyen de la sécurité sociale, des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que l'assurance maladie concourt à la réalisation des objectifs de santé publique et à la réduction des inégalités, notamment par la promotion de la santé et par le développement du libre et égal accès aux soins et au diagnostic sur l'ensemble du territoire.

M. Maxime Gremetz a souligné qu'il s'agit d'affirmer l'attachement à la préservation du système de sécurité sociale universel, solidaire et égalitaire.

Le rapporteur s'étant déclaré défavorable, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz garantissant un haut niveau de santé de la population et une sécurité sociale indépendante des situations d'âge, de santé et de ressources.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant qu'une protection de haut niveau doit être garantie en matière de santé.

Elle a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que la Nation garantit une protection de la santé indépendante des situations de revenus,

le rapporteur ayant observé que le premier alinéa de l'article prévoit que les assurés sociaux contribuent au financement de l'assurance maladie selon leurs ressources et que ce financement est solidaire.

La commission a *rejeté* deux amendements, l'un de Mme Martine Billard précisant que l'assurance maladie garantit une protection indépendante des situations d'âge, de santé mais aussi de nationalité, l'autre de Mme Claude Greff précisant que la couverture maladie est indépendante des ressources des personnes.

M. Maxime Gremetz a indiqué que la précision concernant la nationalité est devenue nécessaire en raison de la décision honteuse du gouvernement de remettre en cause l'aide médicale de l'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière.

Le rapporteur s'étant déclaré défavorable à l'amendement de Mme Martine Billard au motif que la protection de la santé n'est pas liée à la nationalité de la personne, la commission a *rejeté* le premier amendement.

Madame Claude Greff a *retiré* son amendement.

La commission a ensuite examiné neuf amendements ayant pour objet de déterminer quelle autorité garantit l'accès aux soins :

– deux de MM. Claude Evin et Jean-Luc Prével confiant cette mission à l'Etat ;

– deux de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz prévoyant que l'assurance maladie garantit un libre et égal accès aux soins, quel que soit leur lieu de résidence ;

– deux de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz prévoyant que l'assurance maladie garantit un égal accès effectif aux soins, sans discrimination ;

– deux de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz garantissant un accès effectif aux soins de tous les assurés sociaux, par une prise en charge à 100 % ;

– un de M. Philippe Vitel confiant la mission de garantie d'accès aux soins à l'Etat.

M. Claude Evin a estimé que ces amendements posent un problème de fond qui est celui de la responsabilité respective de l'Etat et de l'assurance maladie. En introduisant la responsabilité de l'assurance maladie, le projet de loi consacre une démission de l'Etat face à ses pouvoirs régaliens. La sécurité sociale doit concourir à la bonne répartition de l'offre de soins et à l'égalité des droits à la santé mais il ne relève pas de sa responsabilité de la garantir.

M. Jean-Luc Prétel a ajouté que l'égal accès à la santé doit relever de la responsabilité de l'Etat qui garantit cet accès aux soins en y associant tous les acteurs concernés, y compris les collectivités territoriales.

M. Maxime Gremetz a approuvé les propos tenus par MM. Evin et Prétel, estimant que ces amendements relèvent du même esprit que ceux qu'il a défendus précédemment.

M. François Guillaume s'est déclaré opposé à cette argumentation car les régimes d'assurance maladie exercent la responsabilité déléguée d'une politique arrêtée par l'Etat. Pour cette raison, le texte du projet de loi est préférable.

M. Philippe Vitel a fait observer que le rapporteur évoque dans son rapport des « outils entre les mains de l'Etat » pour garantir l'égal accès aux soins : c'est donc bien que cette responsabilité ne relève pas de l'assurance maladie. Il faut dissocier ce qui relève de l'accès aux soins, garanti par l'Etat, des mesures incitatives en matière de répartition de l'offre de soins, du ressort de l'assurance maladie.

M. Pierre-Louis Fagniez a également considéré que la garantie et l'organisation de l'offre de soins ne peuvent pas relever de l'assurance maladie.

Le rapporteur a fait observer que la rédaction du projet de loi selon laquelle les régimes d'assurance maladie favorisent un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins ne mérite pas ces critiques et n'exclut pas la responsabilité première de l'Etat.

La commission a *adopté* l'amendement de M. Claude Evin. En conséquence, les huit autres amendements sont *devenus sans objet*, ainsi que les quatorze amendements suivants, soit six amendements de Mme Jacqueline Fraysse, six amendements de M. Maxime Gremetz, un amendement de M. Jean-Luc Prétel et un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *adopté* l'article 1^{er} ainsi modifié.

Après l'article 1^{er}

La commission a *rejeté* neuf amendements de M. Jean-Marie Le Guen :

- le premier créant une Agence nationale de la santé au travail ;
- le deuxième instituant un Observatoire de la iatrogénie et des infections nosocomiales ;
- le troisième prévoyant la mise en place de conférences nationales sur la politique de gestion des risques liés à des pathologies lourdes ;

– le quatrième prévoyant la mise en place d’une négociation sur les conditions d’application de la tarification à l’activité de l’hôpital ;

– le cinquième prévoyant la mise en place d’Etats généraux de la lutte contre l’alcoolisme ;

– le sixième imposant au gouvernement de transmettre au Parlement un rapport sur les conditions de création de services de promotion de la santé ;

– le septième demandant au gouvernement de transmettre au Parlement un rapport sur les conditions de création d’un Institut national de recherche sur le vieillissement ;

– le huitième modifiant les conditions d’application de la tarification à l’activité pour l’hôpital ;

– le neuvième introduisant dans le projet de loi des dispositions relatives à la médecine scolaire.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard insérant un titre consacré à la politique de prévention des risques sanitaires.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que la sécurité sociale garantit à tous les travailleurs et à tous les inactifs la prise en charge intégrale des charges de maladie.

Après que **M. Maxime Gremetz** a indiqué qu’il s’agit de revenir à l’esprit des propositions du Conseil national de la résistance, la commission a *rejeté* les amendements sur l’avis défavorable du **rapporteur**.

Elle a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la création d’une commission chargée d’analyser les causes de la sous-déclaration des accidents du travail.

M. Maxime Gremetz a précisé qu’il faut mettre un terme aux tricheries massives existant en matière de non déclaration d’accidents du travail et de maladies professionnelles.

Le rapporteur s’est déclaré défavorable aux amendements au motif que le dispositif de reversement forfaitaire existant permet d’éviter les abus.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que toute personne doit pouvoir bénéficier d’une visite médicale annuelle gratuite.

Le président Yves Bur ayant fait valoir que cet amendement aggravant les charges publiques sera inévitablement déclaré irrecevable conformément à l'article 40 de la Constitution, **M. Maxime Gremetz** a protesté au motif que l'amendement conduit à aggraver les charges de l'assurance maladie et non celles de l'Etat.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ouvrant le capital décès aux veuves de victimes de l'amiante ayant bénéficié de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA).

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz abrogeant les dispositions du code de la sécurité sociale limitant au tarif de responsabilité des caisses d'assurance maladie la prise en charge des prestations en nature suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'article L. 432-3 du code de la sécurité sociale relatif au dépassement de tarif pour la prise en charge des traitements liés à un accident du travail ou à une maladie professionnelle.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz abrogeant l'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale relatif au tarif de responsabilité pour la prise en charge de l'appareillage.

M. Maxime Gremetz a fait remarquer qu'on ne pouvait opposer à cet amendement l'irrecevabilité financière de l'article 40 car cet amendement traite des dépenses de l'assurance maladie qui sont financées par des cotisations et non par des impôts.

M. Alain Vidalies est intervenu pour souligner que ces amendements posent le problème de la sous-déclaration des accidents du travail qu'a dénoncé en son temps le rapport de M. Masse. La réparation intégrale des accidents du travail est loin d'être assurée, de nombreux frais restant à la charge des accidentés. Le traitement sévère des amendements relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles découle certainement du mode de financement spécifique à cette branche.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé paradoxal que le projet de loi se focalise sur les fraudes aux indemnités journalières alors que les masses financières en jeu sont trois fois moins importantes que celles représentées par la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant que la rente versée suite à un accident du travail est égale à 70 % du salaire annuel de la personne accidentée.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la référence à un seuil de gravité pour permettre la reconnaissance d'une pathologie d'origine professionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz simplifiant la mise en œuvre des plans régionaux de santé publique afin de permettre un décloisonnement des décisions entre financeurs et gestionnaires.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz rendant obligatoire une visite médicale annuelle jusqu'à la fin de la scolarité obligatoire.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant un dispositif permettant d'évaluer le degré d'exposition aux risques que comporte chaque poste de travail.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz accordant le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante, lié à l'inscription de l'entreprise sur une liste, aux salariés des entreprises sous-traitantes et aux intérimaires de cette entreprise ayant été exposés au risque d'amiante.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz étendant le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux salariés travaillant dans des établissements jusque-là exclus de ce dispositif en raison des délais de mise à jour de cette liste, en donnant à celle-ci un caractère indicatif.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz transposant le régime de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux agents de la fonction publique nationale, territoriale et hospitalière.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse garantissant que le montant de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est au moins égal à 85 % du salaire de référence.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz imposant aux fabricants de produits alimentaires d'indiquer, par étiquetage, la composition en graisses saturées et en sodium des marchandises vendues, **le rapporteur** ayant fait observer que ces

dispositions étaient discutées dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant une prestation de perte d'autonomie relevant de l'assurance maladie.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz donnant aux conseils d'administration des hôpitaux un véritable pouvoir décisionnaire. Après que **le rapporteur** a rappelé l'intérêt des ARH, **M. Maxime Gremetz** a estimé que le problème était que les agences régionales de l'hospitalisation ne rendent compte à personne.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz accordant des pouvoirs accrus au conseil d'administration des hôpitaux.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant une modification du régime de tutelle sur les délibérations des conseils d'administration des hôpitaux afin de réduire le pouvoir des directeurs des ARH.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la transmission par le gouvernement au Parlement d'un rapport sur l'opportunité de créer, à l'échelon national, un service public de maintien à domicile des personnes âgées.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant une commission de suivi et de vigilance des risques industriels au plan local réunissant des élus locaux, des salariés, des représentants des entreprises et des administrations chargées du contrôle des installations classées, **le rapporteur** ayant rappelé qu'il existe déjà une réglementation en la matière et des services chargés de la faire respecter.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz instituant un plan pluriannuel de soutien à la recherche en matière de santé et de prévention.

M. Jean-Marie Le Guen a présenté un amendement relatif à la coordination des soins, instituant des réseaux de santé permettant un accès à des soins de qualité et précisant que les réseaux de santé font l'objet de dispositions spécifiques dans l'accord-cadre interprofessionnel.

Le rapporteur a invité M. Le Guen à retirer son amendement afin qu'il précise sa rédaction. Il est nécessaire de rationaliser l'organisation du système de santé grâce aux réseaux et aux filières.

M. Jean-Marie Le Guen a *retiré* son amendement pour en présenter une nouvelle version lors de la réunion de la commission tenue en application de l'article 88.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant la réunion d'une conférence nationale sur la profession médicale chargée de mettre en place un plan global de formation et de revalorisation des emplois, **le rapporteur** ayant observé que les sujets évoqués par l'amendement sont déjà traités dans différents projets de loi.

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET A LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE

Section 1

Coordination des soins

Article 2

(articles L. 161-31, L. 161-45 à L. 161-47, L. 162-1-1 à L. 162-1-6
du code de la sécurité sociale)

Dossier médical personnel

Cet article vise à donner une base législative aux dispositions relatives au dossier médical personnel, qui est constitué de l'ensemble des données de santé relatives à une personne. Ce dossier sera informatisé.

Le présent article poursuit deux objectifs distincts :

– d'une part, il formalise dans le code de la sécurité sociale la volonté du gouvernement de généraliser à l'horizon 2007 ce qui est communément appelé le « dossier médical informatisé » ou le « dossier médical partagé » ;

– d'autre part, il met en place un mécanisme visant à responsabiliser davantage le patient dans son parcours de soins et à promouvoir la coordination et la continuité des soins : le patient doit être incité à laisser le professionnel de santé auquel il a recours accéder à son dossier médical personnel.

Compte tenu des risques potentiels pour les droits des personnes que recouvre la construction d'un dossier médical informatisé, consultable par le patient mais aussi par les professionnels de santé, le choix du gouvernement

d'utiliser l'expression « *dossier médical personnel* » plutôt que « *dossier médical partagé* » vise à souligner qu'il s'agit avant tout du dossier du patient.

Le dossier médical personnel (DMP) existe en fait, depuis longtemps, mais sous une forme fractionnée. En effet, les professionnels de santé, et en particulier chaque médecin, détiennent des informations différentes sur les patients, dans des lieux différents (hôpital, clinique, cabinet...) et sous des formes différentes (courriers, notes papier, résultats d'imagerie et commentaires, comptes rendus d'analyses, fichier informatique, résumé de sortie...). Pour un patient donné, il existe en fait *des* dossiers médicaux personnels, ce qui rend actuellement très coûteux, voire impossible, la recherche de ces informations. L'objectif poursuivi est de réunir certaines de ces données, de les stocker et de rendre certaines de ces informations facilement consultables par l'assuré et par des professionnels de santé habilités par lui, en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Le terme « médical » dans l'expression « dossier médical personnel » est à prendre au sens large. En effet, la rédaction du présent article se réfère aux « professionnels de santé ». En outre, il fait un renvoi à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, qui évoque des « *données de santé* ». Dès lors, il sera probable que le dossier médical personnel contiendra non seulement des données strictement médicales (reportées et consultées par un médecin) mais aussi d'autres données (état civil, données consultables par les membres des professions paramédicales...).

Le dossier médical personnel n'est pas une idée neuve

A titre liminaire, on peut noter qu'il existe depuis longtemps un carnet de santé destiné à améliorer le suivi des enfants, carnet dont le fonctionnement est relativement satisfaisant. L'article L. 2132-1 du code de la santé publique dispose qu'un carnet de santé, délivré lors de la naissance, comporte obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus par le même code.

Ces dix dernières années, l'historique des projets de dossier médical personnel permet de constater une certaine continuité dans l'action gouvernementale.

Ainsi, l'article 77 de la loi la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale et le décret n° 95-234 du 1^{er} mars 1995 ont prévu la tenue par les médecins d'un « dossier de suivi médical ». L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a créé le dispositif du carnet de santé. La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant couverture maladie universelle comportait des dispositions relatives au « volet santé » de la carte Vitale (projet « carte Vitale 2 »).

En juin 2003, le professeur Marius Fieschi a remis un rapport au précédent ministre de la santé, M. Jean-François Mattei intitulé : « *Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer*

la qualité des soins. Propositions pour l'expérimentation ». Une des mesures significatives du plan cancer lancé en septembre 2003 consiste en la création d'une fonction de coordination. Dans chaque établissement traitant des patients en cancérologie, une personne en charge de ce rôle sera identifiée. Elle sera chargée de mettre en place un « dossier communiquant de cancérologie ».

Enfin, l'article 47 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 élargit les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) en vue du financement des infrastructures relatives au partage des données médicales, à travers l'expérimentation, de 2004 à 2006, d'une offre d'hébergement de données de santé des assurés sociaux dans des régions pilotes.

Le Parlement s'est également penché sur ce sujet de sa propre initiative. Ainsi, le mardi 22 juin 2004 a eu lieu une réunion de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques consacrée à l'examen d'un rapport sur les télécommunications à haut débit et l'Internet au service du système de santé, résultant d'une saisine de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.

Si l'idée semble recueillir un quasi-consensus, sa réalisation n'est qu'au début de la phase d'expérimentation. Il existe des établissements et des réseaux où un dossier médical informatisé a été mis en place ; il s'agit d'expériences certes réussies, mais elles sont ponctuelles et elles ne sont pas compatibles les unes avec les autres. Or, l'enjeu principal – et une des principales difficultés – de la question est d'aboutir à une interopérabilité des différents systèmes.

La nécessité du dossier médical personnel ne fait pas de doute mais n'est pas dépourvue d'ambiguïtés

La mise en place du dossier médical – « partagé », « personnel », « intelligent » ou « communiquant » – est un point qui a fait l'unanimité parmi les membres de la mission parlementaire et du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Tous ces travaux ont en effet mis en évidence les effets néfastes du cloisonnement entre les médecins en ville, entre les hôpitaux, entre les services d'un hôpital, entre l'hôpital et les médecins de ville et, enfin, entre les différents professionnels de santé, pourtant appelés à soigner un même patient. La qualité de la prise en charge de ce dernier ne peut qu'en souffrir.

Or la création d'un dossier médical personnel, sous forme papier ou électronique, correspond à deux motivations, complémentaires mais différentes dans leur principe. Le dossier médical personnel a pour finalité première d'améliorer la qualité des soins donnés à l'assuré et d'éviter des actes redondants, source de gaspillages. Cependant, il a aussi été présenté comme un facteur de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, en donnant aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie les moyens de contrôler le parcours du patient, voire l'activité des professionnels de santé.

La confusion, qui a pu résulter de ces deux objectifs, peut d'ailleurs expliquer l'échec des précédentes tentatives de généralisation et éclairer *a contrario* le succès d'opérations décentralisées concentrées exclusivement sur l'amélioration du suivi médical du patient.

Améliorer la qualité des soins en améliorant leur coordination et leur continuité

Le premier avantage théorique d'un dossier médical partagé est de disposer d'informations diagnostiques et thérapeutiques sur la santé du patient et donc d'améliorer la qualité de sa prise en charge. Cela permet notamment de mieux connaître les traitements déjà prescrits, leur efficacité, d'éviter des interactions médicamenteuses et des phénomènes d'allergies ou de contre-indications, d'éviter de répéter des examens coûteux et parfois préjudiciables à la santé (techniques diagnostiques invasives, exposition répétée aux rayonnements par exemple) et donc *in fine* les erreurs médicales.

Facteur d'une plus grande coordination, le dossier médical informatisé permettra de remédier au cloisonnement entre les professionnels de santé établis en ville et ceux travaillant à l'hôpital ou en clinique. Cette technique est particulièrement adaptée au suivi et au traitement des maladies chroniques et d'affections de longue durée, qui font alterner épisodes aigus (provoquant une admission à l'hôpital) et périodes autorisant un traitement en ville. Cette technique est également très adaptée au travail en réseau. Elle permet en outre de lutter contre les effets néfastes de la désertification médicale en favorisant les télédiagnostics.

Le dossier médical personnel est enfin le gage d'une meilleure continuité des soins en évitant les « pertes de mémoire », qu'elles proviennent du professionnel de santé ou du patient. Cela est donc particulièrement utile s'agissant d'une population qui connaît un fort vieillissement.

Améliorer l'efficience de l'assurance maladie

La création d'un dossier médical partagé est aussi considérée comme un potentiel d'économies pour les régimes de l'assurance maladie. En effet, connaître déjà les médicaments prescrits à un patient permet d'éviter, le cas échéant, des prescriptions supplémentaires inutiles et coûteuses. Disposer déjà d'une radio et de son analyse peut dispenser le médecin d'en prescrire une nouvelle. Le dossier médical partagé sera l'un des piliers d'une organisation qui évitera les gaspillages et permettrait de « *dépenser mieux pour soigner mieux* » suivant l'expression employée par le ministre de la santé et de la protection sociale, M. Philippe Douste-Blazy.

C'est le sens d'une des dispositions du présent article, qui subordonne le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie à l'autorisation donnée par l'assuré au professionnel de santé d'accéder à son dossier.

L'entreprise sera difficile et de nombreuses conditions doivent être remplies

Cette réforme exige d'abord un apprentissage du travail en commun entre les différents acteurs concernés. A cet égard, l'informatique n'est qu'un outil et si les professionnels exerçant en ville et les hospitaliers restent aussi peu coordonnés qu'actuellement, le dossier médical personnel risque de ne pas avoir l'effet escompté.

De plus, ce dossier médical personnel exige une mise à jour régulière. C'est une condition *sine qua non* de son efficacité en termes sanitaires. Cependant, comme l'ont indiqué au rapporteur de nombreux interlocuteurs « *trop d'informations tue l'information* » et des synthèses régulières de l'état de santé du patient devront être réalisées afin de conserver au système son efficacité. Il conviendra de prévoir l'identité et la rémunération des acteurs réalisant ces synthèses régulières (par exemple le médecin traitant).

En outre, la réforme exigera de généraliser et d'améliorer l'équipement informatique des médecins, notamment des médecins spécialistes et des professions paramédicales. De ce point de vue, la nécessaire compatibilité des différents logiciels utilisés est un enjeu majeur. A cet égard, il faut espérer que les normes européennes (norme EHR COM) seront prises en compte. Le rapporteur souhaite que la France ne soit pas obligée d'acheter un coûteux « éléphant blanc » en essayant de faire cavalier seul. Alors que la carte européenne d'assuré social a été introduite, il faut veiller à ce que ce sujet fasse l'objet d'une intense coopération entre Etats membres de l'Union européenne.

Selon les informations fournies au rapporteur, le financement de la mise en place du dossier médical personnel sera supporté par les régimes de l'assurance maladie : les gains attendus devraient, à terme, excéder les dépenses engagées, qui seront malgré tout considérables.

L'organisation d'un dossier médical véritablement sécurisé et partagé de dizaines de millions de personnes prendra nécessairement du temps avant que les 300 000 professionnels de santé puissent reporter des informations sur ce document. Le succès de l'entreprise dépendra également de la formation adéquate des acteurs et des usagers, afin notamment d'éviter de fastidieuses doubles saisies pour les professionnels de santé, ce qui avait été une des causes de l'échec du carnet de santé sous sa version « papier ».

L'article 12 du présent projet met en place, à titre de solution d'attente avant la généralisation du dossier médical partagé, les conditions d'une consultation par le médecin des données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge. Cette consultation s'effectue avec l'accord de l'assuré et par l'intermédiaire de la carte Vitale.

Le nécessaire respect de la protection des données personnelles de santé

Le stockage et le partage des données personnelles de santé pose de très nombreux problèmes d'ordre éthique et déontologique qui doivent être impérativement pris en compte dans la mise en place du dispositif.

Ainsi, il convient en particulier d'éviter que les données de santé personnelles d'un assuré soient transmises à des personnes auxquelles l'autorisation d'accès n'a pas été donnée. Cela pose notamment la question de la nécessaire sécurisation des données. Seuls les professionnels munis de la CPS (carte de professionnel de santé) devraient être habilités à consulter ou à modifier le dossier ou certaines parties du dossier. Conformément à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, sauf opposition de l'assuré, ces professionnels pourront échanger des informations sur l'assuré.

On peut également se poser la question de savoir si l'assuré souhaite rendre publiques et accessibles à tous les professionnels de santé, à chaque acte ou consultation, *toutes* les informations de santé le concernant. Il serait peut-être opportun d'aménager un statut particulier pour certains types d'informations. Le dossier de santé pourrait être divisé en plusieurs parties : à titre d'exemple, les infirmiers pourraient avoir accès au dossier de soins, voire à quelques données médicales, mais non à l'ensemble des données médicales.

Le problème posé par l'application du système à l'égard des mineures ou des personnes placées sous tutelle ou curatelle doit également trouver des solutions adaptées. Selon les informations fournies au rapporteur, la personne placée sous curatelle dispose d'un dossier que la curatelle gère et ouvre pour elle.

Comme tout traitement automatique de données personnelles, le dossier médical est soumis, sauf disposition légale contraire, aux dispositions de la loi « Informatique et libertés », qui prévoit notamment pour la personne l'accès au dossier et le droit de demander une rectification. En outre, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé oblige à rendre le dossier accessible au patient. La mise en place du dossier médical personnel répond à cette obligation.

Enfin, il est évident que se posent des problèmes liés à la durée souhaitable et nécessaire de conservation des données de santé. Le dossier médical sera-t-il conservé à vie ?

Le dispositif prévoit une généralisation progressive du dossier médical personnel

Le régime juridique des données personnelles de santé et des données relatives aux malades est fixé notamment par les textes suivants :

– la convention n° 108 du 28 janvier 1981 du Conseil de l'Europe pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à

caractère personnel et la directive 95/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 24 octobre 1995 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données ;

– la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 dite loi « Informatique et libertés¹ » ;

– le code de déontologie médicale ;

– la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, codifiée dans le code de la santé publique (articles L. 1110-4, L. 1111-2, L. 1111-4, L. 1111-7 et L. 1111-8 notamment) ;

– certaines dispositions du code pénal relatives à la violation du secret professionnel ;

– la section IV (« *Systèmes d'information de l'assurance maladie et carte de santé* ») du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Le paragraphe I du présent article propose de créer une nouvelle section V intitulée « *Dossier médical personnel* » dans le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Cette nouvelle section est composée de trois articles nouveaux, L. 161-45, L. 161-46 et L. 161-47.

Article L. 161-45 du code de la sécurité sociale

Le premier alinéa de cet article vise à ce que chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un dossier médical personnel. La rédaction du texte - « *Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose...* » - n'impose pas d'obligation explicite aux assurés quant à la possession de ce dossier, obligation qui pourrait d'ailleurs entrer en contradiction avec les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

Hormis la modulation éventuelle de la prise en charge des dépenses que l'assuré engage, prévue par l'article L. 161-46 du code de la sécurité sociale (cf. *infra*), aucun mécanisme d'incitation ou de sanction n'est prévu dans le cas où un assuré refuserait de disposer d'un dossier médical.

Il est intéressant de noter que le présent article ne pose pas de conditions d'âge quant à la disposition d'un dossier médical personnel. Cependant, le système de la carte Vitale comme l'obligation de désigner un médecin traitant (cf. *infra*, article 4 du présent projet de loi) s'appliquent aux assurés de plus de

¹ Le projet de loi relatif à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a été adopté par l'Assemblée nationale en seconde lecture. Il est actuellement sur le bureau du Sénat.

seize ans. Selon les informations fournies au rapporteur, par souci de cohérence, le dossier médical personnel, au moins dans un premier temps, sera réservé aux assurés de plus de seize ans.

Ce dossier médical personnel est constitué des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique : il s'agit donc de données « *de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins* » (article L. 1111-8 du code de la santé publique). Le champ des données de santé couvertes est donc très large. Les conditions dans lesquelles le recueil de données est réalisé doivent respecter la procédure et les garanties fixées par l'article L. 1111-8 du code de la santé publique. Conformément au premier alinéa de cet article L. 1111-8, le dépôt des données peut être effectué par les professionnels de santé, les établissements de santé ou la personne concernée. Ce dépôt a lieu auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet.

Le deuxième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale précise que le dossier est « *créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel* ». Les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, qui fixent le régime juridique de ce dépôt de données et qui sont protectrices des droits des patients, trouvent à s'appliquer. Parmi les garanties prévues par cet article et auxquelles fait directement référence la rédaction proposée pour le premier alinéa de l'article L. 161-45, on peut notamment relever les suivantes :

– l'hébergement des données doit être effectué auprès d'un hébergeur agréé à cet effet et les conditions d'agrément de ces hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des structures ordinales (ce décret n'est toujours pas paru) ;

– seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées ;

– le traitement de données de santé à caractère personnel que nécessite l'hébergement doit être réalisé dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Cela signifie notamment que ces hébergeurs, personnes morales ou physiques, sont astreints à de multiples obligations (déclaration préalable, droit d'accès, sécurité des données) ;

– les hébergeurs tiennent les données de santé à caractère personnel à la disposition de ceux qui les leur ont confiées. Ils ne peuvent les utiliser à d'autres fins. Ils ne peuvent les transmettre à d'autres personnes que les professionnels de santé ou établissements de santé désignés.

Le renvoi à ces dispositions devrait exclure des dérives possibles. En particulier, selon les informations fournies au rapporteur, il n'est pas prévu que la médecine du travail ait accès au dossier médical personnel, en particulier en ce qui concerne la visite d'aptitude. L'indépendance des hébergeurs, notamment vis-à-vis des assureurs, devra être garantie.

Article L. 161-46 du code de la sécurité sociale

Le recueil des données personnelles de santé par le professionnel de santé est strictement encadré.

Le premier alinéa de l'article L. 161-46 dispose que chaque professionnel de santé reporte sur le dossier les éléments diagnostiques et thérapeutiques concernant l'assuré. Le dispositif est donc d'application large puisqu'il concerne non seulement les médecins mais aussi tous les professionnels de santé, qu'ils exercent en ville ou dans un établissement. Il devrait s'appliquer quel que soit le mode d'exercice du professionnel (libéral ou salarié). L'article vise également les personnels des établissements de santé, qui sont chargés de reporter, à l'issue du séjour, les éléments relatifs à celui-ci.

Le report de données doit intervenir « *à l'issue de chaque acte ou consultation* », ce qui représente une charge peut-être excessivement lourde pour ces professionnels de santé.

Deux encadrements sont prévus : les règles déontologiques et les dispositions de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

La rédaction de l'alinéa précise que le report de données est effectué par chaque professionnel suivant les règles déontologiques qui lui sont applicables. S'agissant des médecins, les règles déontologiques, particulièrement strictes, concernent notamment le respect du secret médical. L'article 4 du code de déontologie médicale fonde le principe de ce secret. Les articles 73 et 104 obligent le médecin et le médecin-conseil à sécuriser l'accès aux données couvertes par le secret médical. Les articles 226-13 et 226-14 du code pénal sanctionnent le non-respect de cette obligation de secret.

Conformément à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, le recueil des données par le professionnel de santé exige le « *consentement exprès* » de l'assuré. Le texte n'indique pas la forme que doit revêtir ce consentement.

L'outil du dossier médical personnel doit contribuer à la construction du « parcours de soin » du patient. Selon les informations fournies au rapporteur, sa gestion sera assurée par le médecin traitant. Rien n'interdira aux partenaires conventionnels de prévoir une rémunération spécifique destinée à compenser cette tâche nouvelle.

Un système incitatif

Le deuxième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 161-46 vise à ce que le niveau de la prise en charge des dépenses engagées par la personne soit subordonné à l'autorisation qu'il donne au professionnel de santé d'accéder à son dossier.

Comme le constate le rapport du Haut conseil, mises à part la réforme de la prise en charge de la visite médicale et la création des tarifs forfaitaires de responsabilité en matière de médicament, il n'existe pas de mécanismes permettant de moduler le taux de prise en charge en fonction du comportement de l'assuré. A cet égard, ce deuxième alinéa est extrêmement important. Il s'agit d'une mise en pratique de ce qu'il est convenu d'appeler la « responsabilisation des assurés ». Conditionner une prise en charge maximale des dépenses exposées par le patient à l'autorisation donnée au professionnel de santé d'accéder au dossier médical personnel (DMP) constitue indiscutablement une responsabilité nouvelle pour les assurés.

La rédaction de l'alinéa effectue un renvoi à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. La rédaction de cet article est modifiée par l'article 23 du projet de loi, qui propose que l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) peut décider de la participation de l'assuré, dans des limites et conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Il reviendra donc aux dirigeants de l'UNCAM de prendre leurs responsabilités en la matière, leur champ de compétence étant encadré par le pouvoir réglementaire.

Le droit commun devrait être le cas où la personne, ayant donné l'autorisation d'accès à son dossier, bénéficie de la prise en charge maximale. En cas de refus, sa participation serait majorée. Cette disposition sera une puissante incitation à la généralisation du dispositif. Cette incitation avait sans doute manqué pour assurer le succès du dispositif du carnet de santé mis en place par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Selon les informations fournies au rapporteur, cette disposition s'appliquera également aux consultations à l'hôpital.

L'exposé des motifs indique que le décret d'application précisera également les cas dans lesquels la personne concernée pourrait être exonérée de la condition relative à l'accès au DMP pour éviter de voir sa participation majorée, notamment en cas d'impossibilité manifeste. Cependant, le dispositif de l'article ne précise pas que ce décret peut prévoir une exonération de cette majoration de participation, alors même qu'il peut y avoir des cas où il serait inopportun de majorer la participation de l'assuré (troubles psychiatriques, urgence...).

Article L. 161-47 du code de la sécurité sociale

L'article prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), fixe les conditions d'application des articles L. 161-45 et L. 161-46. L'avis de la CNIL est une garantie visant à assurer le respect des droits des personnes au regard de la protection de leurs données personnelles de santé.

A noter que l'article évoque « *différentes catégories d'informations* » figurant au dossier médical personnel, ce qui est assez flou : s'agit-il de découper le dossier médical personnel en différentes « strates » d'informations, chacune ayant un statut juridique différent ?

Le paragraphe **II** du présent article fixe une date limite à l'application du dispositif de modulation de la prise en charge des dépenses en fonction de l'accès donné par l'assuré au professionnel de santé : le 1^{er} juillet 2007. Le dispositif sera donc d'application progressive. Selon les informations fournies au rapporteur, il devrait d'abord concerner les personnes atteintes de pathologies lourdes.

Le paragraphe **III** vise à abroger les dispositions du code de la sécurité sociale rendues obsolètes par la création des articles L. 161-45 à L. 161-47 du code de la sécurité sociale. Il s'agit notamment d'articles issus de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et concernant le volet santé de la carte vitale, ainsi que des dispositions législatives relatives au carnet de santé.

*

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article 2.

Article L. 161-45 du code de la sécurité sociale

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression du paragraphe I de l'article 2, relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a examiné deux amendements de M. Philippe Vitel et de M. Jean-Luc Préel précisant la nature de l'obligation d'indépendance des hébergeurs du dossier médical personnel. **M. Philippe Vitel** a souligné qu'il importe notamment de prévoir la responsabilité pénale des hébergeurs et des opérateurs en cas de rupture de confidentialité de manière à assurer à la fois la sécurisation et, partant, la crédibilité du système.

Le rapporteur a précisé que l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, introduit par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, prévoit d'ores et déjà une telle obligation. Par ailleurs, un amendement à venir en discussion établit la compétence du Conseil national de l'ordre des médecins pour donner un avis sur les questions d'ordre déontologique qui pourraient se poser. Enfin, la disposition prévue par l'amendement de M. Philippe Vitel tendant à prévoir l'application de l'article L. 161-46 du code de la sécurité sociale à certains professionnels relève plutôt du pouvoir réglementaire.

MM. Philippe Vitel et Jean-Luc Prél ont chacun *retiré* leur amendement, accédant à la suggestion du rapporteur de cosigner son amendement à venir sur cette question.

La commission a ensuite examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression du premier alinéa de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale.

M. Maxime Gremetz a souligné que l'amendement prévoit – comme les deux premiers amendements précédemment défendus à l'article 2 – la suppression du dispositif de création du dossier médical personnel. La coordination des soins est nécessaire ainsi que leur qualité comme leur continuité. Une meilleure circulation de l'information est sans doute par ailleurs requise. Mais la question des délais de mise en œuvre de ce dispositif est encore en suspens, ainsi que celle de son coût. De plus, il est à craindre que la création du dossier médical personnel ne conduise à un contrôle des soins plutôt qu'à une rationalisation du système. Les assureurs privés ou employeurs pourraient enfin convaincre les patients de leur ouvrir ces dossiers.

Le rapporteur a rappelé que la philosophie du dossier médical personnel correspond à une logique de coordination et d'amélioration de la qualité des soins. Ce dossier permettra, très concrètement, d'éviter par exemple certaines associations médicamenteuses très nocives et même mortelles pour 8 000 personnes par an en France. L'institution de ces dossiers n'est pas un outil de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. Quant aux inquiétudes – légitimes – relatives à l'utilisation du dossier lors d'entretiens d'embauche ou par des compagnies d'assurance, des amendements à venir en discussion permettront de les apaiser.

Sur ce dernier point, **M. Richard Mallié** a estimé que, de toute façon, il ne s'agit là que d'un effet pervers d'un système principalement dédié aux questions de santé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a également *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz faisant de la prise en charge par l'assurance maladie des bénéficiaires du dossier médical personnel l'un des

objectifs de celui-ci, après que le rapporteur a précisé que le dossier médical personnel correspond avant tout à un service médical rendu au patient.

La commission a ensuite examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz faisant du niveau de santé des bénéficiaires du dossier médical personnel l'un des objectifs de la mise en œuvre de celui-ci.

Après que **M. Maxime Gremetz** a rectifié les deux amendements suivant la proposition du rapporteur, pour prévoir l'objectif d'un « *gage d'un bon niveau de santé* », la commission les a *adoptés* à l'unanimité.

La commission a *rejeté* quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz liant à l'objectif de continuité des soins attribué au dossier médical personnel respectivement les objectifs de garantie d'un droit à la santé, d'un accès effectif aux soins, d'un accès aux soins indépendant du lieu de résidence et d'une bonne répartition territoriale de l'offre de soins, après que le rapporteur a émis un avis défavorable en s'interrogeant, notamment, sur le rapport de certains de ces objectifs avec la continuité des soins.

La commission a *adopté* un amendement de précision rédactionnelle du rapporteur.

Puis la commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que le dossier médical personnel a pour objectif de s'intégrer dans une logique de mise en réseau des outils de santé publique.

Le rapporteur a objecté qu'il ne convient pas de placer les données personnelles de santé, remontant parfois loin dans l'histoire du patient, dans un réseau dédié à la santé publique, tout en rappelant qu'il en va naturellement différemment des données d'information générale à vocation statistique. Mme Martine Billard a souligné qu'il s'agit de prévoir un objectif et une logique, sans donner accès à l'ensemble des informations du dossier.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dernier alinéa de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale relatif à l'hébergeur du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que l'Institut des données de santé, tel que défini à l'article 35 du projet, assurera notamment la maîtrise d'ouvrage et la sécurisation des données du dossier médical personnel. **M. Jean-Luc Prével** a précisé qu'un tel système a l'avantage d'être commun à tous les acteurs, qui se retrouvent d'une certaine manière égaux face à l'institut. Ainsi serait évité tout risque d'appropriation des données par l'un des acteurs.

Le rapporteur a considéré que le rôle de l'Institut des données de santé est de recueillir des données générales et complètes, à caractère statistique, non de gérer des données médicales personnelles. Par définition, les données dont aura à connaître l'institut seront anonymes.

En réponse à **M. Gérard Bapt** qui s'est inquiété de la sécurisation de l'hébergement du dossier médical personnel, à la suite de l'appel d'offre lancé au niveau gouvernemental, **le rapporteur** a précisé que l'institut, par exemple, transmettra de manière parfaitement anonyme des informations aux mutuelles demandeuses d'informations générales et de données statistiques de santé afin de les aider dans la définition de leur politique de prévoyance.

Mme Martine Billard s'est toutefois interrogée sur l'accès des sociétés d'assurance privées aux données contenues dans le dossier médical personnel, sociétés qui par ailleurs seront parties prenantes de l'Institut des données de santé.

M. Claude Evin a rappelé la nécessité de la protection des données à caractère personnel par un organisme suffisamment indépendant, en se référant aux garanties offertes par l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz apportant une précision rédactionnelle.

La commission a examiné un amendement de M. Gérard Dubrac prévoyant que le dossier médical appartient au patient et qu'il est dépersonnalisé au décès de celui-ci.

Le rapporteur a émis un avis défavorable en précisant que le code de la santé publique permet aux héritiers d'accéder au dossier médical du défunt afin qu'ils puissent faire valoir leurs droits.

M. Claude Evin a lui aussi souligné l'importance de la conservation de données personnelles qui peuvent s'avérer utiles plusieurs années après le décès d'un patient.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à sécuriser l'accès au dossier médical personnel et interdisant son accès aux mutuelles et compagnies d'assurance.

Le rapporteur a invité les auteurs de ces amendements à les retirer pour cosigner son amendement qui a un objectif comparable.

Après leur refus, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article L. 161-46 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant cet article relatif aux modalités de fonctionnement du dossier médical personnel.

La commission a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél prévoyant que, pour raison légitime, le patient peut ne pas donner au professionnel de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel (DMP) et de le compléter à chaque consultation ou hospitalisation.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le premier alinéa de l'article L. 161-46 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités d'alimentation du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin prévoyant que l'inscription d'informations relatives à la santé d'une personne sur son dossier médical personnel doit se faire en observant les règles relatives au respect de la vie privée et au secret des informations telles que les rappellent les articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique.

M. Claude Evin a expliqué qu'on ne peut pas contraindre un patient à faire figurer sur son dossier des informations qu'il souhaite garder secrètes, même si cette faculté laissée au patient risque de nuire à la qualité des soins qui lui seront apportés, faute de connaître l'intégralité de son passé médical.

M. Jean-Marie Le Guen a conforté la position de M. Claude Evin en soulignant qu'il s'agit là du respect d'une liberté publique qui a été consacrée dans la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Le rapporteur s'est dit favorable à cet amendement dont il conviendrait sans doute de perfectionner la rédaction lors de la réunion que la commission tiendra au titre de l'article 88.

Puis la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur précisant que les règles relatives au dossier médical personnel s'appliquent aussi aux médecins exerçant à titre libéral.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur substituant aux termes « éléments résumés », les mots « principaux éléments » afin d'éviter la confusion entre les éléments à porter sur le dossier médical personnel et les résumés de séjour établis par programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) hospitaliers.

M. Claude Evin a estimé qu'il conviendrait de préciser, lors de la réunion que la commission tiendra au titre de l'article 88, qui serait responsable, dans les établissements, de la mise à jour du dossier médical personnel.

Le rapporteur a confirmé l'existence d'une difficulté et proposé d'étudier la possibilité de rajouter l'expression « professionnels habilités » pour la mise à jour du dossier médical personnel.

La commission a ensuite examiné trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Claude Evin supprimant le dernier alinéa de cet article qui prévoit une modulation du remboursement si le patient refuse l'accès à son dossier médical personnel.

M. Claude Evin a en effet expliqué que l'exercice par le patient du droit au respect de la vie privée et à l'information concernant sa santé ne peut être sanctionné par une réduction du remboursement des soins de santé. La loi du 4 mars 2002 précitée a établi que la transmission de données personnelles entre professionnels de santé ne peut s'effectuer si la personne s'y oppose. Il n'est donc pas acceptable que la dérogation au secret médical devienne la règle avec une présentation du dossier médical rendue obligatoire sous peine de remboursement partiel des soins. Une telle mesure rompt le principe d'égalité d'accès aux soins car seuls les patients n'ayant pas de difficultés financières auront le choix de garder secrètes certaines informations médicales.

Le rapporteur a indiqué que les garanties prévues pour l'accès au dossier médical personnel lui paraissent suffisantes pour préserver la vie privée du patient. De plus, il ne sera pas dans l'intérêt du patient d'occulter certaines informations dont l'absence dans le dossier médical risque de compromettre un futur diagnostic.

M. Hervé Mariton a fait remarquer qu'on peut distinguer l'accès au dossier et sa mise à jour, le patient pouvant refuser l'inscription de certains éléments ou en demander la suppression mais ne pouvant s'opposer à la consultation du dossier par le médecin.

Mme Martine Billard a souligné que ce débat révèle une carence dans le projet de loi qui ne donne pas de définition assez précise du dossier médical. De plus, certains professionnels n'étant pas informatisés, l'échange d'informations ne sera pas possible. Il est indispensable de prévoir des accès différenciés à ce dossier, des clés informatiques devant permettre différents niveaux de confidentialité.

M. Jacques Domergue a souligné que les acteurs du système de soins doivent faire un choix soit en privilégiant le respect de la vie privée, soit en optant pour un outil performant pour le diagnostic médical. Il est indispensable que tous les médecins puissent avoir accès au dossier médical pour réaliser un diagnostic fiable.

Tout en reconnaissant que le dossier médical personnel est un outil médicalement nécessaire, M. Jean-Marie Le Guen a souhaité le respect de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. Il a pris pour exemple le cas du médecin du travail qui ne devrait pas avoir accès au dossier médical pour éviter une sélection des salariés sur des critères médicaux. Il faudrait prévoir différents niveaux d'accès informatiques à ce dossier mais il paraît difficile d'indiquer cette notion de codage dans le cadre du projet de loi.

Le président Yves Bur a alors souhaité que pour la clarté des débats il serait préférable de laisser de côté le cas des médecins du travail qui ne possèdent pas de carte de professionnel de santé. Il s'agit là d'un problème délicat de conciliation de principes apparemment contradictoires.

M. Richard Mallié a insisté sur l'importance de la responsabilité des professionnels de santé qui devront porter un diagnostic à partir de données qui risquent d'être incomplètes.

M. Jean-Luc Prétel a estimé qu'il faudrait préciser de nombreux points sur la gestion de ce dossier et notamment sur les modalités de sa mise à jour. Il convient de réfléchir pour trouver des solutions rendant compatibles les règles du dossier médical partagé et celles affirmées par la loi sur le droit des malades. Quelle pourra être la valeur du dossier médical s'il risque d'être incomplet ? Le patient doit être informé de ce que le médecin inscrit dans son dossier sans pouvoir s'opposer à la mise à jour de celui-ci.

M. Hervé Mariton a fait observer que, dans ce débat, la question de l'accès au DMP doit être distinguée de celle de son contenu. En effet, si le patient peut légitimement s'opposer à l'inscription de certaines informations sur son dossier ou en demander le retrait, cela ne signifie pas pour autant qu'il puisse interdire la consultation de son dossier par le médecin, ce qui serait en pratique difficile à mettre en œuvre.

M. Jean-Marie Le Guen a réfuté l'argument consistant à affirmer que l'on ne pourra pas soigner efficacement le patient si toutes les informations le concernant ne figurent pas dans le dossier. L'intégralité de la connaissance des informations médicales d'une personne est un mythe : il n'existe pas de transparence absolue du patient face au médecin. Il en résulte que le dossier sera nécessairement incomplet et que l'on ne peut pas imposer au patient d'en autoriser l'accès sous prétexte d'efficacité.

M. Claude Evin a tenu à rappeler que l'amendement présenté vise uniquement à supprimer la disposition modulant la prise en charge des soins selon que le patient a ou non donné son consentement à l'accès de son dossier au médecin.

Mme Martine Billard a exprimé le souhait que des profils différenciés d'accès soient prévus, les besoins d'informations n'étant pas les mêmes selon que le patient s'adresse, par exemple, à un dentiste ou à un médecin spécialiste.

M. Gérard Bapt, approuvé par le président Yves Bur, a jugé important que des précisions soient apportées par le gouvernement sur ces questions.

M. Jacques Domergue a estimé que l'objectif étant de disposer d'un maximum d'informations dans les dossiers, il convient de réfléchir aux moyens d'éviter que le dossier ne soit tronqué.

Le rapporteur s'est tout d'abord réjoui de ce que ce débat intéressant ait permis d'évoquer l'ensemble des problèmes liés à la mise en place du dossier médical personnel. En tout état de cause, le principe du secret médical ne sera pas mis en cause et il importe d'établir une distinction entre les conditions d'accès au DMP et le contenu de celui-ci, qui doit avoir une visée exclusivement médicale. Le projet de loi prévoit qu'un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions d'accès aux « différentes catégories d'informations », ce qui permettra d'apporter des réponses à plusieurs des interrogations soulevées. Il s'est par conséquent déclaré défavorable aux trois amendements.

La commission a ensuite *rejeté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a également *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le dispositif relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard instaurant des règles de gestion informatique des dossiers en fonction de leur usage.

Mme Martine Billard a précisé qu'il s'agit d'encadrer et de restreindre, au cas par cas, les conditions d'accès au dossier médical personnel.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable à l'amendement au motif que l'évolution extrêmement rapide des technologies de l'informatique ne permet pas à la loi de prendre en compte toutes les situations. Ces précisions relèvent donc davantage du domaine réglementaire.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard visant à interdire aux employeurs et aux entreprises d'assurance l'accès au dossier médical personnel.

Mme Martine Billard a précisé qu'il s'agit de garantir le secret médical et notamment de protéger les salariés contre l'exploitation de certaines informations médicales. C'est pourquoi le médecin du travail ne doit pas avoir accès au dossier d'autant qu'il n'est pas prescripteur.

Le rapporteur a fait observer que son amendement suivant semble plus complet et pourrait être cosigné par Mme Martine Billard.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement du rapporteur, cosigné par MM. Philippe Vitel, Jean-Pierre Door et Richard Maillé, tendant à interdire l'accès au dossier médical dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance complémentaire santé et d'un examen d'embauche par le médecin du travail.

Le rapporteur a considéré que cet amendement répond aux inquiétudes qui ont été exprimées, en évitant que le dossier ne soit détourné de son objectif.

M. Pierre-Louis Fagniez s'est déclaré favorable à l'amendement, qu'il a également souhaité cosigner.

M. Jean-Pierre Door a contesté les critiques émises à l'encontre des médecins du travail, qui ne sont pas les subordonnés de l'employeur et qui détectent de nombreuses pathologies, en rappelant qu'au moment de l'examen du projet de loi relatif à la politique de santé publique de nombreuses voix se sont élevées pour en augmenter le nombre.

Mme Martine Billard a répondu que tel avait en effet été le cas, mais qu'il faut néanmoins veiller à ce que le médecin du travail soit réellement indépendant de l'employeur.

M. Hervé Mariton a regretté que l'amendement ne fasse pas référence à d'autres « médecines d'aptitude », telles que l'examen des conditions d'aptitude au permis de conduire.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que cet argument tend à confirmer le caractère médico-légal du DMP.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Jean-Luc Préel et du rapporteur associant le Conseil national de l'ordre des médecins à la mise en œuvre du DMP.

M. Jean-Luc Préel a précisé que l'ordre des médecins doit pouvoir être consulté sur toutes les décisions à venir.

Le président Yves Bur s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles seule la consultation de cet ordre national était prévue.

La commission a *adopté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dispositif relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével limitant l'application de cet article aux professionnels qui disposeront d'un équipement informatique approprié et auront reçu une formation adaptée.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions prévues par le paragraphe III de cet article concernant la création du dossier médical personnel.

Sur la suggestion **du rapporteur**, **Mme Claude Greff** a *retiré* un amendement visant à optimiser les modes de délivrance de la carte Vitale.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, supprimant le dispositif relatif à la création du dossier médical personnel.

La commission a examiné un amendement de M. Alain Vidalies créant un établissement public des données de santé ayant l'exclusivité de l'hébergement du dossier médical personnel.

M. Alain Vidalies a précisé que le dossier médical personnel informatisé mérite une protection sans faille, sans laquelle le risque est grand de voir des opérateurs privés s'installer à l'étranger privant ainsi les patients de toute protection notamment vis-à-vis des faillites et rendant inopérantes les sanctions pénales. Seul un statut public des hébergeurs peut apporter de réelles garanties.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable considérant que l'exigence d'un agrément pour les opérateurs introduit par la loi du 6 mars 2002 relative aux droits des malades constitue une protection suffisante.

La commission a ensuite *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant la mise en cause de la responsabilité pénale de l'hébergeur, de l'opérateur de télécommunication ou de l'organisme d'assurance qui diffusent les cartes d'assurance maladie en cas de rupture de confidentialité imputable à une insuffisance ou un défaut de santé du système.

Le rapporteur a indiqué qu'il est défavorable à cet amendement puisque des dispositions sont déjà prévues dans ce sens par le code de la santé publique.

M. Gérard Bapt s'est interrogé sur les conditions de mise en œuvre de ce dispositif dans le cas d'un hébergeur situé en Inde.

Après que **le rapporteur** a indiqué que, dans une telle hypothèse, l'hébergeur n'aura pas reçu d'agrément, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 2 ainsi modifié.

Après l'article 2

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz visant à assurer la prise en charge intégrale des actes relevant respectivement de la médecine préventive, des vaccinations et des maladies chroniques, après que le rapporteur a donné un avis défavorable à leur adoption en raison de leur complexité et, dans le dernier cas, de son caractère redondant avec le dispositif actuel.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant le remboursement des substituts nicotiques.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable à ces amendements, dans la mesure où ils relèvent du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le président Yves Bur a fait état d'expérimentations en ce sens dans trois régions.

La commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ayant pour objet de supprimer les dispositions, issues la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, limitant le périmètre des soins pris en charge à 100 % pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD).

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jacques Domergue visant à responsabiliser les assurés sociaux en leur transmettant un relevé de l'intégralité de ses dépenses de santé.

Le rapporteur a souligné le risque d'effets pervers liés à l'adoption d'un tel dispositif et estimé que sa rédaction devrait en tout état de cause être modifiée afin de préciser qu'il s'agit des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

Après en avoir contesté l'efficacité pour responsabiliser les usagers, **Mme Martine Billard** a souligné le coût d'une telle mesure.

M. Hervé Mariton s'est déclaré favorable à l'amendement et estimé que, contrairement à la théorie du « voile d'ignorance » de John Rawls, la solidarité ne se nourrit pas de l'ignorance. Le caractère pédagogique de cette mesure doit être souligné, même si elle risque en effet de représenter un coût significatif pour les finances publiques.

M. Jean-Pierre Door a rappelé que ce système existe d'ores et déjà en cas d'intervention chirurgicale et qu'il peut être opportun de le généraliser.

M. Daniel Garrigue s'est déclaré défavorable à l'amendement, en raison tant de son coût que du caractère culpabilisant qu'il revêt à l'égard des personnes suivant des traitements lourds.

M. Jean-Marie Rolland s'est également opposé à l'amendement, en faisant valoir son caractère contradictoire avec le principe de confidentialité du DPM ainsi que l'expérience peu concluante de communication des tableaux statistiques d'activité des praticiens (TASP).

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Article 3

(articles L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique ou sévère

L'objet de cet article est de renforcer l'encadrement de la prise en charge des patients atteints d'une pathologie chronique et sévère, notamment des malades dont les dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie au titre d'une affection de longue durée (ALD). L'article vise à impliquer davantage le patient dans sa démarche de soins et à améliorer la coordination des soins entre les professionnels de santé.

Définition de l'affection de longue durée

La combinaison du 3° des articles L. 322-3 et D. 322-1 du code de la sécurité sociale permettent de supprimer la participation de l'assuré s'il est reconnu atteint d'une affection comprise dans une liste rédigée par le Haut Comité médical de la sécurité sociale. Ces patients souffrent d'une maladie comportant des phases de chronicité puis d'épisodes aigus, imposant des allers-retours entre la médecine de ville et l'hôpital, rendant plus complexe leur prise en charge.

Liste des 30 ALD répertoriées

Accident vasculaire cérébral invalidant

Aplasie médullaire

Artériopathie chronique et évolutive (y compris coronarite) avec manifestations cliniques ischémiques

Bilharziose compliquée

Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave

Cirrhose du foie décompensée

Déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé et déficit immunitaire grave acquis (syndrome immunodéficientaire acquis)

Diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant ne pouvant pas être équilibré par le seul régime

Forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie)

Hémoglobinopathie homozygote

Hémophilie

Hypertension artérielle sévère

Infarctus du myocarde datant de moins de six mois

Insuffisance respiratoire chronique grave

Lèpre

Maladie de Parkinson

Maladie métabolique héréditaire nécessitant un traitement prolongé spécialisé

Mucoviscidose

Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique pur primitif

Paraplégie

Périarthrite noueuse, lupus érythémateux aigu disséminé, sclérodermie généralisée évolutive

Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave

Psychose, trouble grave de la personnalité, arriération mentale

Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives

Sclérose en plaque invalidante

Scoliose structurale évolutive (dont l'angle est égal ou supérieur à 25 degrés) jusqu'à maturation rachidienne

Spondylarthrite ankylosante grave

Suite de transplantation d'organe

Tuberculose active

Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique

En application du 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il existe des ALD non inscrites sur la liste mentionnée ci-dessus. Il s'agit de maladies qui comportent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (« ALD hors liste »).

La question des patients atteints d'une affection de longue durée est une question centrale, non seulement en ce qui concerne l'état de santé des personnes concernées mais également au regard de l'équilibre financier des régimes de l'assurance maladie. Comme le rappelle le rapport du Haut conseil pour la réforme de l'assurance maladie, « *Le régime des ALD est un enjeu majeur pour l'assurance maladie : il concerne plus de 12 % des personnes assurées, mobilise 48 % des dépenses de soins.* » Ces dépenses sont également en forte croissance

des dernières années. En effet, selon la Cour des comptes¹, les remboursements accordés aux patients en ALD ont contribué à hauteur de 62 % à l'augmentation des dépenses de soins de ville entre 2000 et 2002. Ce dynamisme est sans doute imputable au vieillissement de la population. Cette situation s'explique aussi par la prise en charge précoce de ces pathologies et également par l'insuffisance du contrôle médical des prestations prises en charge à 100 % par l'assurance maladie, prestations qui ne sont pas toujours directement liées à l'ALD considérée.

Comme l'indique une annexe au rapport du haut conseil, l'augmentation forte des dépenses est liée non seulement à la croissance des personnes bénéficiant de la prise en charge au titre de l'ALD (en moyenne, au-delà de 60 ans, 42 % des personnes sont en ALD) mais aussi au dynamisme propre de la consommation médicale des personnes concernées.

Des efforts de contrôle ont été faits

Le dispositif de l'ordonnancier bizona vise à réserver l'exonération du ticket modérateur aux seuls traitements en rapport avec l'affection exonérante. Le médecin traitant utilise une ordonnance « bizona » qui comprend une partie réservée aux soins en rapport avec l'ALD et une seconde partie aux autres affections.

En outre, l'arrêté du 7 mars 2002 du ministre de l'emploi et la solidarité a créé le protocole interrégimes d'examen spécial (PIRES). L'ALD est constatée par le médecin traitant, qui établit un certificat médical et remplit le PIRES qui définit les pathologies reconnaissables comme ALD. Il transmet ensuite le document au médecin-conseil de la caisse primaire dont dépend l'assuré. Pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur, le patient atteint d'une ALD doit suivre les traitements que son médecin lui a prescrits conjointement avec le médecin-conseil de la caisse primaire. La caisse primaire peut ponctuellement convoquer l'assuré pour une visite médicale afin de vérifier l'observance des traitements. En cas d'inobservation du traitement, la caisse peut, sur avis du médecin-conseil, suspendre, réduire ou supprimer l'exonération du ticket modérateur.

En raison des enjeux financiers représentés par cette exonération, l'article 38 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifie l'article L. 324-1 afin de renforcer la maîtrise de ces dépenses. Cet article propose de médicaliser les critères d'exonération du ticket modérateur des personnes atteintes d'une ALD et de définir au préalable le périmètre des soins nécessaires au traitement. Il prévoit l'établissement d'un protocole de diagnostic et de soins, définissant les actes et prestations « *strictement nécessités par le traitement de l'affection* » pour lesquels le patient peut être exonéré du ticket modérateur. Le protocole de diagnostic et de soins est établi à partir d'un examen conjoint du patient par le médecin traitant et le médecin-conseil, ce qui permettra, d'une part, de renforcer le contrôle des caisses

¹ Rapport annuel au Parlement de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2003.

d'assurance maladie sur la prise en charge de ces dépenses et, d'autre part, de responsabiliser davantage le patient et le médecin traitant.

Le dispositif proposé vise à renforcer l'encadrement de la prise en charge des affections de longue durée

Le **paragraphe I** de l'article vise à substituer au Haut comité médical de la sécurité sociale la Haute autorité de santé en ce qui concerne l'autorité chargée de donner un avis sur la liste des affections de longue durée.

Cette disposition est cohérente avec la création de cet organisme, qui permettra de renforcer l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et de promouvoir la qualité des pratiques dans notre système de santé. Cette autorité administrative indépendante à caractère scientifique comportera un « haut comité médical de la sécurité sociale », qui sera l'une de ses trois commissions spécialisées. Il est néanmoins important de souligner que la modification proposée ne change pas le fait que la liste des ALD est toujours fixée par décret. Le pouvoir réglementaire n'est pas délégué.

Le **paragraphe II** de l'article modifie l'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du code de la sécurité sociale, qui devient « *Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée* ».

Le **paragraphe III** de l'article vise à modifier l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'article 38-I de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Il a pour objet le renforcement de la portée du protocole établi entre le médecin-conseil et le médecin traitant lorsqu'une personne est atteinte d'une affection de longue durée.

A cette fin, il prévoit d'abord que le protocole, qui est « *périodiquement révisable* » et établi conjointement par le médecin-conseil et le médecin traitant, doit tenir compte des recommandations fixées par la Haute autorité de santé. La durée du protocole doit également être fixée « *compte tenu des recommandations de la Haute autorité de santé* », les mots « *compte tenu* » laissant au médecin une marge de manœuvre significative.

Le protocole définit les actes et les prestations pour lesquels la participation de l'assuré peut être réduite ou supprimée.

En outre, afin de renforcer l'implication du patient, ce protocole établi par le médecin-conseil et le médecin traitant devra être signé par le patient ou son représentant légal. On peut s'interroger sur la portée juridique de cette signature, qui semble ne revêtir qu'un caractère symbolique, marquant l'adhésion du patient

au protocole. D'ailleurs, aucune sanction n'est prévue par le texte en cas d'absence de signature.

La portée de ce protocole est davantage renforcée par la proposition que la communication du protocole par le patient au médecin qu'il consulte conditionne la limitation ou la suppression de sa participation. Cette condition est écartée en cas d'urgence. Le dispositif est motivé par le souhait de responsabiliser davantage le patient dans son parcours de soins. Un décret fixera les conditions de cette communication.

Enfin, le présent article propose que le médecin soit tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole. La rédaction proposée vise également à rappeler qu'il doit se conformer aux dispositions fixant la participation de l'assuré.

Le **paragraphe IV** de l'article s'inscrit dans une démarche plus prospective. Il permet à un décret de réserver la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré atteint d'une ALD aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins. Ce décret est pris « *sur la proposition de l'union nationale des caisses d'assurance maladie* » et après avis de la Haute autorité de santé. Ce décret ne pourra donc être pris qu'après la mise en place de ces deux organismes. Le but du IV de cet article est de modifier les comportements et d'inciter les patients à utiliser davantage les filières de soins, par exemple au sein des réseaux de soins, en palliant les cloisonnements au sein du système de santé. L'efficacité de cette disposition suppose un développement significatif des systèmes de soins coordonnés, qui sont pour l'instant en nombre insuffisant.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

M. Maxime Gremetz a rappelé que son amendement supprime l'article 3 qui limite une nouvelle fois le périmètre des affections de longue durée (ALD).

Le rapporteur s'est opposé à ces amendements, ainsi qu'aux six amendements suivants, en considérant qu'il est important de renforcer l'encadrement du protocole de soins des patients atteints d'ALD, comme le prévoit le projet de loi.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Elle a également *rejeté*, pour les mêmes motifs, six amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, dont deux supprimant le paragraphe I de l'article, deux supprimant le paragraphe II et deux supprimant le paragraphe III.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard qui supprime les dispositions introduites par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 limitant la prise en charge à 100 % pour les ALD, **le rapporteur** ayant donné un avis défavorable.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives à l'établissement des protocoles de soins en matière d'ALD, **le rapporteur** ayant donné un avis défavorable.

La commission a examiné un amendement du rapporteur précisant que le mécanisme de définition et de consultation du protocole s'applique aux médecins exerçant en ville ou en établissement de santé.

Le rapporteur a expliqué que son amendement a vocation à renforcer la nécessaire coordination des soins dans le cadre des ALD.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le caractère périodique de la révision des protocoles.

M. Maxime Gremetz a indiqué que ces amendements apportent une précision rédactionnelle et souligné que l'encadrement du protocole, déjà utilisé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, n'a jamais entraîné les effets comptables escomptés. L'article poursuit vainement cette logique d'économies de bout de chandelle. Les ALD sont bien précises et correspondent en général à des pathologies lourdes et longues. Venir durcir leur qualification revient à faire porter la responsabilité du déficit sur les usagers.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement en observant que la révision périodique des protocoles est logique dans le cas des ALD, caractérisées par l'évolution des pathologies.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la référence aux recommandations de la Haute autorité de santé pour la définition des actes et prestations faisant l'objet d'une prise en charge majorée ou intégrale.

Le rapporteur a donné un avis défavorable en soulignant que la Haute autorité est une instance scientifique, dont l'expertise serait utile pour l'élaboration des protocoles pour les ALD.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de précision rédactionnelle, **le rapporteur** ayant constaté leur inutilité.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard relatif à la prise en charge en 100 % des patients reconnus en ALD.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la disposition qui précise que la durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la haute autorité.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de précision rédactionnelle.

Après que **le rapporteur** a fait part de sa préférence pour son propre amendement, de portée voisine mais ne comprenant pas la référence inutile au code de la sécurité sociale, la commission a *rejeté* les deux amendements.

Elle a ensuite *adopté* un amendement du rapporteur de précision rédactionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'alinéa prévoyant que, sauf cas d'urgence, le patient atteint d'une ALD doit communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la prise en charge majorée ou à 100 %.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard conditionnant le bénéfice du remboursement à 100 % à l'acceptation par le patient de la consultation de son dossier médical personnel.

Mme Martine Billard s'est étonnée que le texte encourage l'informatisation des dossiers médicaux personnels tout en prévoyant leur coexistence avec des protocoles papiers. Il serait plus logique d'intégrer ces derniers au dossier médical.

Après que **le rapporteur** a considéré que cette précision est d'ordre réglementaire et souligné la nécessité de distinguer les dispositions relatives aux ALD et celles touchant à la participation majorée liée à l'usage du DMP, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de coordination avec les amendements supprimant le lien établi entre la communication du protocole et la prise en charge majorée ou intégrale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions renforçant les obligations des médecins en cas de protocole ALD.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions redéfinissant les conditions de reconnaissance du statut d'ALD.

La commission a *rejeté* un amendement de cohérence de Mme Martine Billard.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe IV de l'article dans le même esprit que les précédents.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le rôle de proposition accordé par le texte à l'UNCAM dans la définition des règles régissant les conditions d'attribution du statut d'ALD, **le rapporteur** ayant relevé que cette modification conduirait à une automaticité de la procédure.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de portée rédactionnelle, **le rapporteur** les ayant estimés superfétatoires.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la disposition qui précise que le décret prévu au paragraphe IV de l'article est pris après avis de la Haute autorité de santé.

La commission a *rejeté* un amendement de cohérence de Mme Martine Billard.

La commission a *adopté* un amendement de M. Claude Evin étendant la suppression ou la limitation de la participation de l'assuré aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé, **le rapporteur** ayant approuvé cet amendement qui encourage l'organisation de l'offre de soins en réseaux.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard disposant que la limitation de la prise en charge majorée ou intégrale aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins n'est pas applicable en cas d'urgence.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que la limitation de la prise en charge majorée ou intégrale aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins n'est pas applicable en cas de déplacement éloigné du domicile ne permettant pas la consultation du médecin référant.

Mme Martine Billard a expliqué que, dans sa rédaction actuelle, l'article interdit aux personnes en ALD de partir en vacances ou en déplacement

professionnel si elles souhaitent pouvoir être remboursées dans les conditions habituelles des soins que leur état nécessite.

Le rapporteur ayant estimé que la précision est d'ordre réglementaire, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard instituant un paiement forfaitaire, déterminé par voie conventionnelle, pour toutes les consultations de suivi d'un patient en ALD.

Mme Martine Billard a précisé que cet amendement s'appuie sur les préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de la mission d'information parlementaire.

M. Jean-Pierre Door a observé qu'une telle disposition relève des accords conventionnels entre les caisses et les professionnels de santé.

Le rapporteur a souligné que cet amendement supprime toute possibilité de paiement à l'acte en matière de suivi des ALD, ce qui est contradictoire avec le principe de l'exercice libéral de la médecine.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *adopté* l'article 3 ainsi modifié.

Avant l'article 4

La commission a *rejeté*, suivant l'avis défavorable du rapporteur, deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen présenté par **M. Alain Claeys** prévoyant que la rémunération du médecin traitant comprend une part forfaitaire en complément du paiement à l'acte pour indemniser les actions de prévention et de santé publique réalisées par le médecin traitant.

M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur, a estimé que cette question relevait plutôt de la convention médicale.

M. Jean Le Garrec a souligné l'importance de la question, jugeant que son principe doit par conséquent être posé dans la loi.

M. Simon Renucci a conforté la position de M. Jean Le Garrec en indiquant qu'il faut reconnaître le rôle du médecin traitant qui peut, par sa pratique, jouer un grand rôle dans la mise en œuvre d'une médecine économe mais efficace.

Mme Catherine Génisson a déclaré que la médecine de prévention permet de faire des économies dans la médecine curative et qu'il faut adopter des mesures concrètes car le paiement à l'acte n'est pas adapté pour indemniser les démarches de prévention.

M. Jean-Pierre Door a rappelé que la mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie a étudié cette question en concluant qu'il serait souhaitable de laisser les partenaires sociaux et la CNAM résoudre ce problème.

Répondant à une remarque du **rapporteur** sur les rôles respectifs de la loi et de la convention, **M. Alain Claeys** a précisé qu'il s'agit de poser le principe d'une rémunération complémentaire dans la loi, les partenaires sociaux étant libres d'en déterminer les modalités.

M. Claude Evin a rappelé que le 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que la convention médicale puisse définir des modes de rémunération différents du paiement à l'acte. Les négociations conventionnelles n'ayant jamais concrétisé cette possibilité, il revient donc à la loi d'en affirmer le principe.

M. Marc Bernier a fait remarquer que la convention des chirurgiens-dentistes a évolué dans ce sens pour prévoir une cotation des actes de prévention bucco-dentaire, d'autres professions pouvant suivre cette voie.

M. Xavier de Roux s'est dit opposé à ce que la rémunération des médecins comprenne obligatoirement une part forfaitaire alors même que la notion d'acte de prévention est très vague.

La commission a alors *rejeté* cet amendement.

Article 4

(article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)

Médecin traitant

Cet article vise, d'une part, à permettre aux assurés sociaux de désigner un médecin traitant à leur organe gestionnaire d'assurance maladie et, d'autre part, à donner la possibilité de majorer le reste à charge des assurés qui n'ont pas choisi de médecin traitant ou qui consultent un autre médecin sans prescription du médecin traitant.

Améliorer la qualité des soins grâce à une meilleure coordination des soins

Le choix d'un médecin traitant permet de mieux coordonner les soins apportés au patient et donc d'améliorer son état de santé. Si ce choix est accompagné d'un dispositif encourageant l'assuré à respecter des filières de soins

intégrant notamment les médecins généralistes et les médecins spécialistes, il sera en outre un moyen de réduire les effets négatifs du nomadisme médical : ce comportement a pour conséquences d'augmenter les dépenses des régimes de l'assurance maladie et de ne pas constituer une prise en charge sanitaire satisfaisante des assurés.

En France, des mesures coercitives, qui subordonneraient de manière stricte l'accès au médecin spécialiste à une consultation de médecin généraliste, se heurteraient au principe du libre choix du praticien par le malade (garanti notamment par l'article L. 1110-8 du code de la santé publique), aux conflits latents entre médecins généralistes et spécialistes et, enfin, à des habitudes fortement ancrées dans les comportements des assurés.

Or, il est essentiel de promouvoir les filières de soins, le travail en réseau et le respect de protocoles de soins. Cela contribue à améliorer l'information de l'assuré, qui est parfois isolé et quelque peu désarmé devant la complexité de l'offre de soins.

Le présent article vise donc à modifier les comportements par des mécanismes incitatifs et structurants. Il propose d'encourager chaque patient à sélectionner un médecin qui, en raison d'une relation étroite et suivie avec lui, est susceptible de lui apporter des conseils en matière de santé et de prise en charge. Le médecin traitant est le seul médecin qui dispose d'une vue d'ensemble du patient, de son histoire personnelle et de son contexte social et économique. Son approche n'est pas limitée à un organe en particulier mais s'étend à l'état de santé global de son patient.

S'agissant du calendrier d'application de la mesure, la mise en œuvre de ce nouveau dispositif sera progressive à partir de 2005. Elle pourra, dans un premier temps, bénéficier prioritairement aux patients souffrant des pathologies les plus lourdes.

L'expérience de l'option conventionnelle du médecin référent

L'expérience de l'option conventionnelle du « médecin référent » ne s'applique qu'aux seuls généralistes. Ce mécanisme, qui n'a pas rencontré le succès escompté¹, sans doute en raison de sa complexité, ne comporte pas de dispositifs suffisamment incitateurs. Il ne conduit pas à moduler le remboursement mais aménage, au bénéfice du patient qui s'inscrit dans cette filière, une dispense d'avance de frais. Le bilan qu'en a tiré la Cour des comptes dans son rapport annuel sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale (septembre 2000) est assez sombre. La montée en charge du système a été marquée par des avatars juridiques (annulation de conventions, reprise dans des textes législatifs ...) et l'ambiguïté des objectifs poursuivis.

¹ On peut noter qu'un arrêt de la Cour de cassation (3 juin 2003) a condamné une campagne de communication de l'assurance maladie en faveur des médecins référents, en estimant que s'il était possible « de faire état des mérites » du médecin référent, il n'était pas possible en revanche de laisser entendre qu'il présentait des « avantages que n'offraient pas ses confrères ». (source : Rapport du Haut conseil pour la réforme de l'assurance maladie).

La Cour note d'ailleurs en conclusion de ses réflexions : « *Dans le dispositif actuel, la dispense d'avance de frais est le seul avantage pour les assurés. (...) Une incitation plus forte pourrait venir de la modulation des conditions de prise en charge des assurés suivant qu'ils ont ou non recours à un médecin référent, comme l'a parfois envisagé la CNAMTS. Mais une telle orientation a des conséquences si importantes qu'elle ne peut à l'évidence résulter de la seule volonté des partenaires conventionnels.* »

Comme pour répondre à cette remarque, le présent article vise à aménager la possibilité de majorer la participation de l'assuré n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription du médecin traitant.

Il est à noter que le système du médecin référent ne devrait pas être remis en cause par l'application du présent article.

Le dispositif proposé permet de conserver la liberté de choix du praticien mais incite l'assuré à construire un parcours de soins cohérent

Le présent article propose de créer un article L. 162-5-3 nouveau dans le code de la sécurité sociale, dans une section consacrée aux relations conventionnelles. La rédaction proposée pour cet article nouveau comporte deux alinéas.

Le premier alinéa concerne la désignation du médecin traitant et le second le mécanisme incitateur.

La désignation du médecin traitant est laissée au libre choix de l'assuré

Le premier alinéa de cet article L. 162-5-3 nouveau propose que l'assuré indique à l'organisme gestionnaire du régime de l'assurance maladie dont il relève le nom du médecin traitant qu'il a désigné.

Qui est concerné par cette obligation ? Il est à noter que l'alinéa vise non pas les « *patients* » mais les assurés et ayants droit âgés de plus de 16 ans. Le mécanisme du médecin traitant ne s'applique donc pas aux enfants de moins de seize ans (comme le dossier médical personnel).

Quels sont les médecins susceptibles d'être désignés médecin traitant ? Il n'est pas précisé de quelle manière seront déterminées les spécialités dont les médecins pourront être désignés comme médecin traitant. Le présent article prévoit un décret d'application, mais l'article 5 du présent projet (*cf. infra*) renvoie à la convention pour définir les « *missions particulières du médecin traitant* », ce qui pourrait laisser penser que ce choix relèverait des parties à la convention.

D'après les indications données au rapporteur, dans 80 % des cas le médecin traitant sera le médecin traitant *de facto*, c'est-à-dire le médecin de famille. En effet, si le médecin généraliste est en quelque sorte le médecin traitant « naturel », d'autres praticiens pourraient également être désignés comme médecin

traitant. On peut évoquer à titre d'exemple un endocrinologue pour un diabétique, un gynécologue pour une femme ou encore un oncologue pour une personne atteinte d'un cancer.

S'agissant des conditions à remplir pour pouvoir être désigné comme médecin traitant, l'article 5 du projet de loi (*cf. infra*) propose que la convention conclue entre les organismes d'assurance maladie et les médecins et visée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale fixe « *les missions particulières des médecins traitants* ». Cette convention est conclue entre l'UNCAM et les organisations représentatives de médecins.

Il est proposé que la désignation de ce médecin traitant soit effectuée avec l'accord de celui-ci. Ni la forme de cet accord ni le moment (il serait préférable que l'accord du médecin soit un préalable à sa désignation) ne sont précisés par le présent projet. Le nom du médecin traitant sera communiqué, par les soins de l'assuré, à l'organisme gestionnaire du régime de base de l'assurance maladie. La rédaction du présent article n'interdit pas l'assuré de pouvoir changer de médecin traitant dès qu'il le souhaite, par simple déclaration auprès de la caisse primaire dont il relève.

Le mécanisme incitateur laisse des marges de manœuvre à l'union nationale des caisses d'assurance maladie.

Le deuxième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 162-5-3 nouveau du code de la sécurité sociale vise à permettre d'augmenter la participation des assurés dans deux cas :

- soit l'assuré ou ayant droit n'a pas désigné de médecin traitant ;
- soit l'assuré ou ayant droit a consulté un médecin sans que cette consultation ait été prescrite par son médecin traitant.

Afin de définir les conditions de la majoration de la participation de l'assuré, la rédaction de l'alinéa effectue un renvoi à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, dont la rédaction en vigueur est la suivante :

« La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 321-1 est fixée par un décret en Conseil d'Etat. Elle peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations. »

Or, cet article L. 322-2 est modifié par le présent projet. L'article 31 du présent projet propose de créer un article L. 128-2-1 nouveau dans le code de la sécurité sociale, article qui met en place une union nationale des caisses

d'assurance maladie (UNCAM) ; son article 23 propose de modifier l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale afin de donner à l'UNCAM compétence de fixer le montant cette participation de l'assuré, dans des limites et conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Cette décision est prise après avis de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire et le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique.

Les assurances complémentaires pourront prendre en charge, si elles le décident, la majoration de la participation de l'assuré. Contrairement au dispositif de la franchise (article 11 du présent projet, *cf. infra*), aucun mécanisme incitatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire n'est prévu afin de les dissuader de couvrir la majoration de la participation de l'assuré.

L'UNCAM est l'acteur principal de la mise en place du dispositif, qui est encadré

Pour l'UNCAM, instituer cette majoration de participation est une faculté

Comme il a été expliqué plus haut, c'est l'UNCAM (et plus précisément son conseil) qui pourra décider, le cas échéant, d'augmenter la participation de l'assuré dans les deux conditions rappelées plus haut. En effet, la rédaction proposée pour l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale indique que la participation de l'assuré « *peut* » être majorée. Il ne s'agit donc que d'une *faculté* offerte aux gestionnaires des caisses de l'assurance maladie, qui devront prendre leur responsabilité en la matière.

Le texte laisse au gouvernement quelques outils de régulation

Lors de son audition, le ministre de la santé et de la protection sociale M. Philippe Douste-Blazy a expliqué qu'il « *n'est pas souhaitable que la loi ou des décrets fixent un cadre rigide à ce médecin traitant car cela relève de la responsabilité des partenaires conventionnels, c'est-à-dire des caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé.* »

Le projet ne prévoit qu'un contrôle *a minima* : au titre de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, le ministre pourra s'opposer à la majoration pour des motifs de santé publique ; de plus, toujours au titre de l'article L. 322-2, un décret en Conseil d'Etat fixera les « *limites et les conditions de la majoration* ».

Par ailleurs, la deuxième phrase du deuxième alinéa de la rédaction proposée pour l'article L. 162-5-3 nouveau du code de la sécurité sociale propose qu'un décret fixe les cas où cette majoration ne sera pas appliquée.

Des exceptions sont prévues

Le décret fixant les cas où la majoration ne sera pas appliquée devra prendre en compte les cas où le patient suit un protocole de soins (c'est

notamment le cas des patients suivis au titre d'une affection de longue durée) : il s'agit de la seule exonération prévue explicitement par le projet.

Selon les informations recueillies par le rapporteur, cette disposition ne s'appliquera pas aux personnes hospitalisées ou hébergées, qui s'inscrivent dans des soins coordonnés financés par la tarification à l'activité.

Il paraît établi que des spécialités ne seront pas concernées par l'application du dispositif. Lors de l'audition par la commission le 17 juin dernier, le ministre de la santé et de la protection sociale, M. Philippe Douste-Blazy, a indiqué aux commissaires qu'« *un certain nombre de spécialistes resteront évidemment en accès direct, tels que les pédiatres ou les ophtalmologistes* ». Le principe de l'accès direct au médecin de son choix n'étant pas remis en cause par le projet, le ministre a sans doute voulu préciser que la majoration de participation ne pourra s'appliquer aux patients consultant « en direct » les praticiens relevant de ces spécialités. En effet, cette exonération peut être justifiée par des considérations relatives à la démographie médicale de ces spécialités.

La rédaction très générale proposée par le dernier alinéa pour définir les conditions d'exonération laisse ouverte la question de l'autorité compétente pour définir le périmètre de ces spécialités : s'agira-t-il du gouvernement ou des partenaires à la convention ? Selon les informations communiquées au rapporteur, il s'agira du décret. Ce décret devrait également définir les situations de force majeure et les cas d'urgence médicale qui exonèrent le patient de passer par son médecin traitant s'il souhaite éviter la majoration.

*

La commission a *rejeté*, suivant l'avis défavorable du rapporteur, deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel précisant le rôle du médecin traitant. **M. Philippe Vitel** a expliqué que cet article doit être amélioré sur trois points : la possibilité explicite pour les médecins non conventionnés d'être médecins traitants, les limites à fixer pour encadrer la majoration de ticket modérateur en cas de non-respect du dispositif du médecin traitant et le délai de mise en œuvre de cette réforme.

Le rapporteur a précisé qu'un médecin hospitalier ou un médecin salarié pourra tout à fait être choisi comme médecin traitant. Par ailleurs, le projet de loi précise bien la majoration maximale que devra payer l'assuré qui ne se serait pas adressé à son médecin traitant.

M. Gérard Bapt a confirmé que le médecin traitant ne sera pas forcément un médecin généraliste libéral. Il pourra par exemple être salarié d'une maison médicale.

M. François Guillaume a émis des doutes sur les économies permises par cette mesure car le médecin traitant risque de multiplier les examens médicaux pour éviter d'envoyer son patient consulter un spécialiste. Il conviendrait également d'exclure du dispositif de pénalité l'accès direct aux spécialistes exerçant à l'hôpital.

Mme Catherine Génisson a estimé important que le texte prévoie la possibilité, en cas de maladie chronique par exemple, que le médecin traitant soit un médecin spécialiste.

Le rapporteur a précisé qu'en cas de maladie chronique le patient ne subira aucune pénalisation s'il s'adresse directement à un spécialiste car cette démarche sera prévue dans le protocole de soins.

A la suite de ce débat, **M. Philippe Vitel** a *retiré* son amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin offrant au patient les mêmes garanties selon qu'il choisit un médecin traitant ou un réseau remplissant la même fonction de coordination de la prise en charge.

Le rapporteur a tenu à maintenir la distinction entre la personne du médecin et la structure qu'est le réseau.

M. Jean-Pierre Door a souligné la possibilité pour tout médecin traitant d'appartenir à un réseau.

M. Edouard Landrain a estimé que l'amendement pose une véritable question sur laquelle le ministre devra se prononcer au cours de la séance publique. Il conviendra en effet de préciser sous quelle forme le médecin désigné comme médecin traitant donnera son accord et quelle sera la preuve à apporter.

Le rapporteur a précisé que les modalités de la preuve de cet accord seront définies par décret et qu'il conviendra d'affiner la rédaction de cet amendement pour la réunion tenue par la commission en application en application de l'article 88 du Règlement.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite examiné en discussion commune cinq séries de deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse visant à préciser le but du dispositif du médecin traitant. La première série ayant été retirée, la commission a *adopté* l'amendement suivant, définissant comme objectif la coordination des soins.

Les autres amendements soumis à discussion commune sont de ce fait *devenus sans objet*.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse

précisant que l'assuré a la faculté et non l'obligation de désigner un médecin traitant et d'en informer son organisme d'assurance maladie.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la disposition relative à la majoration de ticket modérateur pour les assurés ou les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

La commission a examiné un amendement de Mme Claude Greff rendant obligatoire la majoration prévue par l'article, dans une logique de responsabilisation des acteurs. **Le rapporteur** a estimé nécessaire de laisser une marge d'appréciation aux caisses d'assurance maladie, à qui reviendra la charge de décider du niveau de la majoration. **M. Jean-Luc Prél** s'est interrogé sur la solution consistant à confier aux caisses la prise en charge financière de la majoration, une idée que **le rapporteur** a récusée.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin étendant au cas du réseau de santé l'application de la majoration prévue par l'article pour le cas du médecin traitant, dans la même perspective que son amendement précédemment examiné.

Après que **le rapporteur** a précisé que le principe du réseau doit être distingué du colloque singulier qui unit le médecin à son patient et proposé de reprendre la discussion sur ce thème, après réflexion, lors de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff précisant que la majoration n'est pas applicable en cas de renouvellement d'une prescription médicale, après que **le rapporteur** a précisé que de toute façon, lorsqu'un médecin demande à son patient de revenir après un examen, aucune majoration n'a lieu d'être pratiquée.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz excluant du champ de la majoration certains cas de consultations d'urgence ou de consultations réalisées hors du lieu de résidence stable et durable, de manière à accroître la protection des patients.

Après que **Mme Fraysse** a rectifié son amendement suivant la proposition du rapporteur pour corriger une référence d'alinéa, la commission l'a *adopté*.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél introduisant un nouvel article L. 162-5-3-1

dans le code de la sécurité sociale, afin de préciser la définition et le rôle du médecin traitant dans le nouveau système de soins.

Puis la commission a examiné un amendement de M. Richard Mallié présenté par **M. Marc Bernier** prévoyant une exonération de participation forfaitaire du patient en cas de consultations annuelles de prévention prévues par des accords conventionnels.

Le rapporteur a précisé que nulle part dans le texte il n'est fait référence à la notion de consultation « annuelle ». En outre, ce débat, comme celui relatif à la prévention, a davantage sa place dans le cadre des discussions portant directement sur le rôle des conventions.

Mme Catherine Génisson a objecté qu'il s'agit d'un problème réel, qui doit être pris en compte par la loi. **M. Richard Mallié** a jugé possible d'y faire référence dans la loi, à charge pour la convention d'en détailler l'application. **M. Claude Evin** a souligné qu'en tout état de cause, un débat est nécessaire, dans la perspective de la rédaction des décrets d'application de la loi, sur la question de la modulation de la prise en charge des honoraires du médecin traitant par-delà même cette seule question de l'annualité de la visite.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis la commission a *rejeté* un amendement de précision de M. Jean-Luc Prével.

La commission a *adopté* l'article 4 ainsi modifié.

Article 5

(article L. 162-5 du code de la sécurité sociale)

Dépassements d'honoraires des médecins

Cet article vise à compléter la liste des sujets pouvant faire l'objet de la convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie.

Il vise d'une part à y intégrer la définition des missions particulières des médecins traitants et d'autre part les conditions dans lesquelles certains médecins spécialistes pourront augmenter leurs honoraires si le patient les consulte sans avoir consulté au préalable son médecin traitant.

S'il est nécessaire de préserver la liberté de choix du praticien par le patient, ce que garantit l'article 4 du présent projet, il faut également encourager les comportements privilégiant la qualité des soins en améliorant leur coordination. C'est la raison pour laquelle l'article 4 prévoit que l'UNCAM peut décider de majorer la participation de l'assuré en cas de non-désignation d'un médecin traitant ou de consultation directe d'un médecin sans passage par le médecin traitant. Le présent article va plus loin en donnant la possibilité à la

convention de déterminer les conditions dans lesquelles les médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant.

Les « missions particulières » du médecin traitant

Le présent article vise à compléter la liste des sujets pouvant faire l'objet, au titre de l'application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, de la convention entre l'UNCAM et les organisations représentatives des médecins. Il propose d'ajouter un 17°, relatif aux « *missions particulières des médecins traitants* ». Les partenaires à la convention pourront donc négocier le contenu des obligations à la charge du médecin traitant.

Quelles seront ces « *missions particulières* » ? A titre d'exemple, on peut imaginer que ces médecins prennent des engagements relatifs au délai de rendez-vous, qu'il s'agisse d'eux-mêmes ou de leurs médecins correspondants. Ces missions pourraient également concerner des engagements en termes de formation médicale continue et d'évaluation des pratiques professionnelles (prescription en dénomination commune internationale, prescription de génériques, par exemple).

Possibilité de dépassement d'honoraires

Cet article vise ensuite à ajouter un 18° permettant à la convention de déterminer les conditions dans lesquelles les médecins sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant.

Cette réforme est assez semblable, dans son principe, à celle ayant modifié les conditions de prise en charge de la visite médicale. Si le patient a des exigences particulières, s'il ne souhaite pas s'intégrer dans des filières de soins, il peut être légitime que la prise en charge de ses dépenses par les régimes de l'assurance maladie soit diminuée, ce que réalise l'article 4 du présent projet. En outre, il est probable qu'un médecin spécialiste directement consulté par un patient, sans que ce dernier n'ait été au préalable examiné par un médecin traitant, passe un temps supplémentaire avec ce patient. Dans cette perspective, il est donc légitime qu'il soit mieux rémunéré, ce que propose cet article.

Par construction, le dispositif du présent article s'appliquera uniquement aux médecins de secteur 1, les honoraires des médecins en secteur 2 étant libres. Outre le fait qu'il incite le patient à s'inscrire dans des filières de soins, le présent article permet de revaloriser l'acte du médecin, en particulier du médecin spécialiste. Il constitue un début de réponse au malaise croissant des médecins spécialistes du secteur 1, qui se traduit d'abord par des dépassements d'honoraires non-conformes aux lois et règlements. Il se manifeste aussi par des déconventionnements qui sont susceptible à terme de détruire tout le système conventionnel, qui est un des piliers de notre système de soins.

Encadrement de la mesure

Le texte de l'article encadre le contenu de la convention de plusieurs manières. La décision de créer un tel système relève d'un accord entre les partenaires à la convention. Il s'agit donc d'une possibilité qui leur est offerte.

Le ministre de la santé et de la sécurité sociale garde la possibilité de s'opposer à une convention (*cf. infra*, article 28).

Selon la rédaction du 18^o nouveau de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, le mécanisme ne concernera que certaines spécialités médicales. Le projet n'est pas d'instituer un droit généralisé à dépassement pour tous les médecins. La convention fixera le périmètre des spécialités concernées.

En outre, selon les termes quelque peu ambigus de la rédaction proposée, ce droit à dépassement s'exerce « *dans certaines limites* ». Les parties à la convention devraient fixer ces limites, qui pourraient par exemple prendre la forme d'un plafond. En tous les cas, il est exclu de pratiquer une liberté tarifaire totale, en outre nécessairement tempérée par l'application de l'article 53 du code de déontologie (règle dite du « *tact et mesure* » s'agissant des honoraires) et de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale, qui dispose que les médecins sont tenus à la « *plus stricte économie* » compatible avec la qualité des soins.

Le risque d'atteinte à l'égalité des patients est parfois évoqué s'agissant de cet article. En particulier, il existerait un risque que les praticiens accèdent plus rapidement aux demandes de « consultation directe » que celles passant par le médecin traitant, ce qui irait à l'encontre de l'esprit du dispositif, qui souhaite encourager le travail en réseau et l'organisation de filières.

Il faut rappeler qu'un débat semblable s'était engagé lors de la création de la couverture maladie universelle complémentaire. Or, plusieurs années après, les faits semblent confirmer l'absence de toute discrimination, y compris chez les praticiens du secteur 2. Néanmoins, il serait sans doute utile de rappeler le principe de l'égalité des patients de manière solennelle.

Les exceptions

Les patients relevant d'un protocole de soins ne sont pas concernés par ce mécanisme.

En outre, l'exposé des motifs du présent article 5 précise que ces dispositions ne s'appliquent pas aux spécialités pour lesquels un recours direct restera possible sans majoration de la participation de l'assuré en cas de non-consultation préalable d'un médecin traitant.

Les organismes d'assurances complémentaires pourront en toute liberté prendre en charge, s'ils le souhaitent et dans des conditions qu'ils fixeront, l'augmentation du reste à charge. En effet, contrairement au dispositif de la

franchise (article 11 du présent projet, cf. *infra*), aucun mécanisme incitatif relatif aux contrats d'assurance complémentaire n'est prévu afin de les dissuader de couvrir la majoration de la participation de l'assuré.

Enfin, il faudra trouver un dispositif permettant d'étendre la mesures aux médecins hospitaliers (hors exercice libéral), eu égard à leurs conditions particulières d'exercice : le patient ne verse pas d'honoraires.

*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Jean-Marie Le Guen.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné que s'il est important, dans l'intérêt même du patient, de l'inciter à prendre l'avis de son généraliste avant de consulter un spécialiste, il convient de ne pas pénaliser financièrement celui qui ne le fait pas.

M. Claude Evin a considéré que cet article établit une forme de « double peine » à l'encontre du patient qui se rend chez un médecin spécialiste sans visite préalable à son médecin traitant : après l'absence de remboursement prévue à l'article 4, cet article 5 autorise également un dépassement d'honoraires. Il est sans doute souhaitable de favoriser le passage préalable par le médecin traitant, pour améliorer l'offre de soins. Mais le dispositif proposé pose un problème de cohérence, en associant à l'erreur du patient un bénéfice pour le médecin spécialiste.

Mme Catherine Génisson a observé que par ce dispositif, le médecin spécialiste se trouve transformé en juge, doté dans le même temps du pouvoir d'améliorer son propre statut du fait de la faute du patient.

M. Edouard Landrain a rappelé qu'en Allemagne, il existe un système d'incitation avantageant les patients qui passent préalablement par le médecin référent, sous forme de réduction de cotisations, après qu'un premier système de pénalisation financière a été abandonné.

Mme Claude Greff a estimé que tout l'intérêt de l'article réside dans la possibilité d'accroître la responsabilité du patient et d'éviter d'éventuels abus.

M. Gérard Bapt a objecté qu'aucune disposition de cet article ne va dans le sens d'une responsabilisation du patient, dans la mesure où la charge nouvelle pourra incomber aux organismes d'assurance complémentaire. Autrement dit, les patients bénéficiant d'une bonne couverture complémentaire seront avantagés. D'une certaine manière, ce mécanisme est donc spécieux au regard de l'objectif d'égal accès aux soins et d'une responsabilisation plus grande.

Le rapporteur a rappelé les principaux éléments inspirant cette disposition. D'une part, il importe de lutter contre le nomadisme médical. D'autre

part, s'il existe un risque indéniable de traitement différent des patients par les différents médecins traitants, un amendement à venir du rapporteur proposera une solution à cette difficulté. Enfin, cette mesure a pour arrière-fond la situation délicate, en termes d'honoraires, des médecins spécialistes du secteur 1 au regard de leurs collègues du secteur 2.

M. Jean-Pierre Door a réaffirmé l'ambition première de cet article, à savoir accroître le rôle pivot du médecin traitant. Les modalités de mise en œuvre de la majoration seront ensuite à négocier par les partenaires sociaux. Mais M. Claude Evin n'a pas tort d'évoquer l'apparition d'une forme de « double peine ».

Mme Catherine Génisson a reconnu l'existence de difficultés pour les médecins spécialistes du secteur 1. En même temps, comment ne pas s'interroger sur la présence dans la loi de cette disposition, qui relève plutôt de la convention ?

Mme Martine Billard a considéré que si l'on souhaite s'atteler au problème de la rémunération des spécialistes, il convient de s'y employer dans un autre cadre et plus complètement. Il importera par ailleurs d'envisager les conséquences de moindres prises en charge des consultations non seulement pour les patients mais également pour les caisses d'assurance maladie.

La commission a *rejeté* les trois amendements.

La commission a ensuite examiné, en discussion commune, deux amendements de M. Philippe Vitel, et de M. Jean-Luc Prélé proposant une nouvelle rédaction de l'article 5.

M. Philippe Vitel a jugé qu'il convient de supprimer la référence au médecin référent dans un souci de clarté, maintenant que le rôle du médecin traitant est précisé par la loi. Par ailleurs, il importe de prévoir l'établissement « avec tact et mesure » des modalités de majoration des tarifs et rémunérations, en conformité avec l'article 71 du code de déontologie médicale.

Le rapporteur a regretté la suppression de la référence à la convention précisant les limites des dépassements d'honoraires, limites auxquelles fait référence expressément le texte en discussion. Par ailleurs, la notion de « tact et mesure » est trop floue. Enfin, il n'est pas possible de supprimer dès aujourd'hui la notion de médecin référent, qui recouvre une réalité importante, dans la mesure où 6 000 médecins référents sont en activité et soignent un million de patients. C'est une évolution naturelle qui fera converger, le moment venu, les deux statuts de médecin référent et de médecin traitant.

La commission a *rejeté* successivement les deux amendements.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz

supprimant le deuxième alinéa de l'article, qui renvoie à la convention le soin de définir les missions particulières des médecins traitants.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant une référence au dépassement d'honoraires autorisé, après que le rapporteur a précisé que c'est la convention qui encadrera les limites du dépassement.

Mme Claude Greff a *retiré* un amendement renforçant le caractère incitatif du recours au médecin traitant, à la suite de la discussion qui s'est précédemment tenue sur cette même question.

Mme Jacqueline Fraysse a *retiré* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de limites au dépassement d'honoraires, le rapporteur ayant fait valoir que le but poursuivi par les auteurs des amendements était sans doute l'exact opposé.

Suivant l'avis défavorable **du rapporteur**, la commission a ensuite *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz limitant les dépassements d'honoraires aux seules consultations, les actes médicaux ne pouvant plus être concernés.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur rappelant le principe général d'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que la caisse primaire d'assurance maladie de rattachement du patient perçoit l'intégralité du dépassement d'honoraires, afin que le médecin ne soit pas indûment favorisé, après que le rapporteur a jugé ce dispositif trop complexe.

La commission a ensuite examiné trente-cinq séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, énumérant trente-cinq spécialités auxquelles les dispositions de l'article 5 ne s'appliquent pas.

Mme Jacqueline Fraysse a tout d'abord souligné que cet article ne présente aucune cohérence ni aucun bénéfice pour les patients ou pour les médecins. En outre, des distinctions, c'est-à-dire des discriminations, sont envisagées, le ministre de la santé et de la protection sociale ayant en effet déclaré que certaines spécialités ne relèveraient pas de ce dispositif. Il existe par ailleurs des risques pour certaines pathologies, pour lesquelles un tel système n'est pas adapté. C'est la raison pour laquelle il est important que la commission s'interroge sur l'applicabilité du dispositif de l'article 5 à chacune des trente-cinq spécialités énumérées par ces amendements.

Le rapporteur a précisé que c'est à la convention que reviendra le soin de définir les spécialités concernées ainsi qu'il a été indiqué lors de l'examen de l'article 4.

Mme Martine Billard a indiqué que les Verts ne sont pas hostiles, par principe, à la définition de modalités particulières d'accès aux médecins spécialistes. En revanche, il n'est pas acceptable de laisser subsister un dispositif prévoyant de priver de dépassements d'honoraires ceux d'entre eux qui, par convention, pourront accueillir des patients en accès direct.

Mme Catherine Génisson a dénoncé l'injustice, l'absurdité et le danger de cet article. Il existera toujours certaines situations d'urgence, en ophtalmologie par exemple, qui, par définition, devront échapper à ce dispositif.

Le rapporteur a répondu qu'un amendement serait présenté afin de prendre en compte ces cas d'urgence.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que le dispositif de dépassement d'honoraires s'applique également aux patients qui consultent, sans prescription préalable de leur médecin traitant, un médecin spécialiste hospitalier, à l'exception des consultations réalisées dans le cadre de l'activité libérale de celui-ci.

La commission a ensuite *adopté* l'article 5 ainsi modifié.

Après l'article 5

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz garantissant l'accès direct de l'assuré au gynécologue de son choix sans majoration de sa participation.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que le ministre de la santé a pris des engagements publics sur cette question de l'accès direct au gynécologue.

Le rapporteur, tout en confirmant les propos de Mme Jacqueline Fraysse, a considéré qu'une telle disposition relève davantage de la convention conclue entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que pour certaines spécialités médicales, la convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie peut prévoir l'intervention, sous forme conventionnée, de médecins spécialistes habituellement en secteur 2, c'est-à-dire à honoraires libres.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que son amendement constitue un premier pas vers la suppression du secteur 2 en incitant à la négociation conventionnelle dans ce sens. Il est totalement anormal qu'aujourd'hui dans les grandes villes il n'existe plus pour certaines spécialités, par exemple les gynécologues, de médecins appartenant au secteur 1, c'est-à-dire conventionnés.

Tout en observant que les amendements portent sur des sujets relevant de la négociation, **le rapporteur** a reconnu la nécessité d'une nouvelle convention permettant de remédier au problème de l'égalité de l'accès aux soins dans certaines villes mais également à celui de l'égalité entre des spécialistes qui, avec une formation comparable, sont soumis aujourd'hui à des régimes de rémunérations différents.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz disposant que la convention conclue entre les organisations représentatives de médecins et les caisses d'assurance maladie prévoit les conditions dans lesquelles les médecins généralistes libéraux peuvent exercer des fonctions relevant de la politique de santé publique.

Mme Jacqueline Fraysse a précisé que ces nouvelles fonctions de santé publique pourraient faire l'objet d'une rémunération autre que le paiement à l'acte. Des mesures volontaristes sont en effet nécessaires pour faire évoluer les comportements dans ce domaine.

Le rapporteur s'est opposé aux amendements en observant que plusieurs dispositions du projet de loi relatif à la politique de santé publique permettent de répondre à ces préoccupations.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz définissant les conditions d'attribution des aides destinées à l'installation ou au maintien de professionnels de santé dans les zones présentant un déficit en matière d'offre de soins.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant les règles applicables en matière de créations, de transferts et de regroupements de cabinets médicaux.

Mme Jacqueline Fraysse a expliqué que ces amendements ont vocation à lutter contre les disparités régionales en matière d'offre de soins et à apporter des réponses aux situations les plus urgentes.

Le rapporteur a souligné le caractère très autoritaire du dispositif proposé, qui risque d'accélérer les mouvements de déconventionnements, en ajoutant cependant qu'il présentera un amendement portant article additionnel après l'article 29, qui va dans le même sens mais dont le dispositif est plus souple.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

– prévoyant une rémunération spécifique pour les professionnels de santé libéraux associés à des actions contribuant à la permanence des soins sur l'ensemble du territoire ;

– précisant que, dans les douze mois suivant la promulgation de la future loi, une négociation interprofessionnelle sera engagée sur la suppression du secteur non conventionné ;

– prévoyant que l'Etat engage, à compter de la promulgation de la future loi, une négociation avec les professionnels de santé, les usagers et les élus sur l'organisation d'un plan de couverture territoriale des besoins de santé.

Article 6

(article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

Accords conventionnels interprofessionnels

Cet article vise à donner une base juridique aux accords associant plusieurs professions de santé autour de sujets communs.

Il s'agit d'améliorer les conditions de prise en charge du patient en renforçant la coordination des professionnels de santé. Il est en effet clairement établi que la qualité de la prise en charge des patients souffre du cloisonnement entre les différents acteurs du système de santé et singulièrement entre les différentes professions de santé. Le cloisonnement nuit à l'information adéquate de l'assuré, qui est parfois isolé et perplexe devant la complexité de l'offre de soins, ce qui l'amène à prendre des mauvaises décisions, en termes à la fois de santé et d'efficacité du système de l'assurance maladie.

Si la réforme de l'organisation des études de santé devrait permettre à terme de réduire le fossé culturel entre les différents professionnels de santé, en particulier entre les médecins et les autres professionnels, le renforcement des possibilités conventionnelles de coopération entre les différentes professions de santé se révèle indispensable.

Le présent article participe également de la volonté de redynamiser la vie conventionnelle, dont la mission parlementaire a fait un sombre bilan.

L'accord cadre concerne l'ensemble des professions de santé

La prise en compte dans le mécanisme conventionnel de la coordination entre professions de santé a été mise en œuvre, en partie, par la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie. Celle-ci dispose que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé 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 (CNPS), regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.

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. 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. Cet accord-cadre n'est toujours pas conclu.

Les représentants des professionnels de santé doivent être associés sur des sujets précis

La novation qu'apporte le présent article est la possibilité de conclure des accords interprofessionnels impliquant plusieurs professions sur des sujets et des thèmes précis. Ces accords sont conclus pour une durée maximale de cinq ans.

La prise en charge des patients, et particulièrement des patients âgés et souffrant d'une pathologie chronique, requière non seulement l'intervention d'un médecin, mais également d'autres praticiens de santé. C'est à cette demande que souhaite d'ailleurs répondre la formule du réseau de santé. L'intervention coordonnée de professionnels de santé, qui est naturellement assurée à l'hôpital, représente un enjeu majeur pour l'organisation de l'offre de soins en ville.

On peut penser que les accords interprofessionnels concerneront notamment des professions dont les membres, en raison de leurs compétences, sont appelés à travailler souvent ensemble, comme les ophtalmologistes et les orthoptistes. Les médecins généralistes, en tant que médecins prescripteurs d'autres professions de santé (infirmier, masseurs – kinésithérapeutes...) seront sans doute au cœur de ces nouveaux contrats.

Il est probable que ces accords concerneront l'organisation d'une filière autour d'une pathologie donnée. Par exemple, la prise en charge du diabète pourrait donner lieu à un accord professionnel où seraient parties les organisations représentatives des infirmiers, des médecins généralistes et des endocrinologues.

On peut également citer la démarche de soins infirmiers (DSI), qui, notamment sur la base d'accords de bon usage de soins et de contrats de bonne pratique, vise à améliorer la prise en charge à domicile des patients dépendants en organisant la coordination des soins entre médecins prescripteurs, infirmières libérales et auxiliaires de vie.

Le présent article propose d'introduire un paragraphe II dans l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale inséré dans le chapitre 2 (*Dispositions générales relatives aux soins*) du titre VI (*Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales*) du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Ce II nouveau propose que des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé puissent être conclus entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions.

L'article s'attache ensuite à définir le champ de ces nouveaux accords, qui « *peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé* ».

Les domaines d'intervention concernent « *notamment* » (la liste n'est donc pas exhaustive) :

- la création de réseaux de santé ;
- la promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- la formation continue conventionnelle ;
- les dispositifs visant à améliorer la qualité des soins.

Qu'il s'agisse des objectifs poursuivis par ces conventions ou de l'étendue des domaines potentiellement couverts, le champ conventionnel ainsi ouvert est donc remarquablement large. Il reviendra tant aux gestionnaires de l'UNCAM qu'aux représentants des professionnels de santé de se saisir de cette nouvelle chance qui leur est donnée, afin d'améliorer la coordination des soins et donc leur qualité.

*

La commission a examiné deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse s'est dite préoccupée par l'importance accordée aux accords interprofessionnels plutôt qu'à l'élaboration d'une convention unique.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement, en jugeant souhaitable que les professionnels de santé travaillent de façon plus coordonnée, ce que prévoit l'article 6 à travers ces accords interprofessionnels, qui permettront de réduire les cloisonnements entre professions médicales.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de M. Philippe Vitel et de M. Jean-Luc Prével précisant, dans des termes voisins, que la conclusion d'accords conventionnels interprofessionnels doit être précédée de la consultation des conseils des ordres concernés sur les dispositions de ces accords relatives à la déontologie.

Ayant noté qu'il alourdit un peu le dispositif prévu par l'article 6 mais qu'il est opportun, **le rapporteur** a donné un avis favorable à l'amendement de M. Philippe Vitel.

MM. Jean-Luc Prével et Marc Bernier ont souhaité cosigner l'amendement.

La commission a *adopté* l'amendement de M. Philippe Vitel, celui de M. Jean-Luc Prével ayant été *retiré*.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que les accords portent sur des pathologies et des traitements, **le rapporteur** ayant donné un avis favorable tout en soulignant la limitation que l'amendement apporte au champ de compétences de la convention.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard disposant que les accords conventionnels interprofessionnels doivent être signés entre l'UNCAM et un ou plusieurs syndicats de chaque profession, représentant au niveau national la majorité de la profession, calculée sur la base des élections professionnelles.

Mme Martine Billard a souhaité que ce soient les élections professionnelles qui permettent de mesurer la représentativité des syndicats, cette exigence de principe majoritaire n'étant d'ailleurs pas spécifique au secteur de la santé.

M. Jean-Pierre Door a rappelé que, pour ce qui concerne les syndicats de médecins, il existe des enquêtes de représentativité régulières, fondées sur le nombre des adhérents ainsi que les résultats obtenus aux élections des URML.

Le rapporteur a considéré que l'article 28 du projet de loi, qui prévoit un droit d'opposition majoritaire, rend l'amendement inutile. Les observations formulées concernant la représentativité des syndicats ne sont pas infondées, mais il faut cependant rappeler que la Mutualité sociale agricole (MSA) organise régulièrement des élections.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard disposant que les accords conventionnels interprofessionnels peuvent prévoir l'octroi d'aides financières et de rémunérations particulières.

Mme Martine Billard a précisé qu'il s'agit d'inciter à la création et au développement des réseaux de santé, en prévoyant des rémunérations particulières, autres que le paiement à l'acte, pour les praticiens qui y participent.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement en observant qu'il risquait, à terme, de mettre en cause le principe du paiement à l'acte, qui constitue l'un des fondements du système français de médecine libérale.

M. François Guillaume a considéré qu'il n'est pas nécessaire de prévoir des aides supplémentaires puisque des réseaux de soins très efficaces ont d'ores et déjà pu se constituer.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur étendant le champ des accords conventionnels interprofessionnels à l'ensemble des actions de formation.

La commission a ensuite *adopté* l'article 6 ainsi modifié.

Section 2

Qualité des soins

Avant l'article 7

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen définissant les conditions de l'évaluation, par un organisme agréé, des compétences professionnelles des médecins.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que l'évaluation des médecins doit relever de la responsabilité de l'Etat et non de la convention, car cette question est essentielle en matière de qualité des soins et ne peut donc être laissée à la négociation. L'amendement répond à cette préoccupation en reprenant, il faut le signaler, les demandes de certains syndicats de médecins.

Le rapporteur s'est opposé à l'amendement, en rappelant que la future loi de santé publique réorganise le système de formation continue des professionnels de santé et en s'interrogeant sur la position des syndicats médicaux quant aux sanctions prévues par l'amendement en cas de non-respect de l'obligation d'évaluation.

M. Jean-Marie Le Guen a signalé que la question des sanctions est un point distinct de l'affirmation du principe de l'évaluation. Il semble logique qu'un médecin soit sanctionné s'il ne respecte pas l'obligation d'évaluation, mais la nature de ces sanctions peut naturellement être débattue.

M. Simon Renucci a souligné que l'amendement porte surtout sur la mise en œuvre du principe d'évaluation auquel les médecins sont très favorables.

Mme Catherine Génisson a estimé normal de sanctionner les médecins qui ne se forment pas alors que l'évaluation de ses compétences a mis en évidence la nécessité de cette formation.

M. Jean-Pierre Door a observé que les médecins sont d'accord sur le principe de cette évaluation. En revanche, il est regrettable que cet amendement de principe comporte également des dispositions relatives aux sanctions. Si le dernier alinéa de l'amendement était supprimé, il serait donc tout à fait acceptable.

M. Xavier de Roux s'est interrogé sur le dispositif d'évaluation administrative prévu par l'amendement et a souhaité que les conditions d'organisation de l'évaluation des compétences fassent l'objet d'un débat plus approfondi.

M. Philippe Vitel a souligné qu'il convient d'évaluer les pratiques et non les compétences des médecins, comme le prévoit l'amendement.

M. Simon Renucci a expliqué que l'évaluation consiste à mesurer et à comparer. Jusqu'à présent, elle est effectuée par deux médecins qui se rendent chez un de leurs confrères et font ensuite un rapport au conseil de l'ordre. Celui-ci peut ensuite, s'il le juge nécessaire, demander au médecin de faire évoluer ses pratiques ou de se former.

M. Louis Guédon a estimé que l'amendement est trop répressif et ne favorisera pas l'adaptation de la démographie médicale. Il pose aussi un problème d'égalité de traitement : pourquoi imposer une évaluation aux professions médicales et non aux autres professions ?

Le rapporteur a confirmé son opposition à l'amendement en précisant que certaines des dispositions qu'il comporte figurent déjà dans le projet de loi sur la politique de santé publique ainsi qu'à l'article 8 du projet de loi. Cet amendement n'a donc pas de raison d'être.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *rejeté* six amendements de M. Jean-Marie Le Guen :

– un amendement créant dans les établissements les plus importants une instance chargée de mettre en place une « démarche qualité » ;

- un amendement prévoyant d'intégrer l'implantation des médecins libéraux dans le schéma d'organisation sanitaire ;
- un amendement ouvrant la possibilité à l'UNCAM de créer des maisons de santé ;
- un amendement introduisant une rémunération forfaitaire modulable dans les maisons médicales installées dans les zones sous-médicalisées ;
- deux amendements prévoyant le dépôt de deux rapports au Parlement portant respectivement sur les conditions de création d'un cadre conventionnel spécifique en matière de démographie médicale dans les zones désertifiées et sur les conditions de création d'un statut du médecin collaborateur.

Article 7

(articles L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale, L. 6113-2 et L. 6114-3 du code de la santé publique)

Promotion des bonnes pratiques

Cet article vise à mettre en place les outils contractuels visant à promouvoir les bonnes pratiques des professionnels de santé.

Sa principale novation consiste à créer un dispositif contractuel relatif aux bonnes pratiques applicables aux professionnels de santé travaillant dans les établissements de santé.

C'est le premier article de la section 2, intitulée *Qualité des soins* du titre I^{er} du présent projet de loi. Cette section du projet de loi est essentielle car l'un des piliers de la réforme est la promotion de la qualité des soins délivrés aux patients. L'augmentation de la qualité permettra également, si certaines conditions sont remplies, d'infléchir la hausse des dépenses de santé en évitant les gaspillages. Il s'agit bien d'une régulation par la qualité.

C'est le sens de cet article et des trois articles suivants :

- l'article 8 vise à généraliser l'évaluation des pratiques professionnelles et à favoriser les formules innovantes ;
- l'article 9 a pour objet de renforcer l'information des assurés sur l'offre de soins ;
- l'article 10 permet aux caisses d'effectuer une liquidation des droits des assurés sur la base de la totalité des dispositifs de maîtrise médicalisée.

Un constat : l'insuffisante qualité des soins

Il est établi que le système de santé français n'aménage pas toutes les conditions d'un niveau maximal de qualité. Les travaux de la mission

d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie comme du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie l'ont confirmé. Le constat n'est pas neuf et a conduit à la création des agences sanitaires, à la mise en place de l'Agence nationale pour l'accréditation et évaluation en santé (ANAES), au développement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et a motivé différentes dispositions du projet de loi relatif à la politique de santé publique, actuellement en discussion au Sénat (on peut par exemple citer la réduction de la iatrogénie médicamenteuse).

Des exemples récents illustrent ce diagnostic.

– Le « *Point de conjoncture* » de la CNAMTS de mai 2004¹ analyse les dépenses de soins de ville « *non médicalement justifiées* ». Ce document fait notamment état des prescriptions non efficaces des médecins généralistes et se focalise sur les « gros prescripteurs », c'est-à-dire des omnipraticiens dont le volume de prescription est particulièrement élevé sans que la nature de la clientèle (âge, état de santé...) ne le justifie.

La CNAMTS évoque un gisement « *d'économies considérables* ». Si ces prescripteurs adoptaient des comportements plus proches de la moyenne, l'assurance maladie pourrait économiser de 2 à 2,5 milliards d'euros, dont 1,2 milliard sur les seuls médicaments. La CNAMTS souligne également les suivis médicaux inadaptés ou insuffisants et les thérapeutiques inadaptées (comme les cures thermales dans certains cas ou l'excessive prescription de médicaments hypolipémiants pour soigner les dyslipidémies). Selon ses services, la modification de ces thérapeutiques permettrait d'économiser 500 millions d'euros.

– On peut également évoquer une étude de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES ex- CREDES) sur la prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant sur l'année 2001². Cette étude, qui a été réalisée avant la mise en place des premiers plans de remboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant, montre qu'environ un médicament prescrit sur cinq était un médicament à SMR insuffisant. L'étude montre que cette pratique concerne surtout les médecins généralistes, les angiologues, les pédiatres, ORL et gynécologues.

– Comme l'a constaté le rapport de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital constituée au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale³, les soins hospitaliers souffrent d'un manque d'évaluation de la qualité médicale des soins. S'agissant du traitement du cancer du sein, le rapport « *Faits marquants* »⁴ élaboré par les services de l'assurance maladie évoque « *une pratique médicale inadéquate* ». Le

¹ *Point de conjoncture*, mai 2004, n° 25, « *Des tendances de fond aux mouvements de court terme* ».

² *Bulletin d'information en économie de la santé*, « *Questions d'économie de la santé* », n° 82, juin 2004, étude de Mmes Florence Naudin et Catherine Sermet.

³ *Rapport d'information n° 714 de la mission d'information sur l'organisation interne de l'hôpital*, présenté par M. René Couanau, député.

⁴ « *Faits marquants* », CNAMTS, édition 2003.

même rapport relève que dans quatre régions étudiées, les « *standards, options et recommandations (SOR) sont appliqués incomplètement* » en matière de chimiothérapie anticancéreuse.

Ces trois exemples montrent l'urgence à tout faire pour accroître la qualité des soins.

Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de l'article vise à modifier l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale.

Cet article L. 183-1-1, créé par l'article 44 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, permet aux unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) de déléguer certaines de leur compétence en matière de gestion de risque à des groupements de professionnels, afin de favoriser le développement de l'évaluation et de l'encadrement collectif de leurs pratiques. Il permet aux URCAM de passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie. Les engagements de ces réseaux de professionnels de santé et les objectifs quantifiés associés peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en oeuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en oeuvre d'actions de prévention et de dépistage. Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le 1° du I complète le premier alinéa de l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale en permettant aux organismes d'assurance complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) d'être partie à ces contrats conclus entre les URCAM et les réseaux. Il s'agit de remédier au cloisonnement entre les assurances de base et les assurances complémentaires, cloisonnement qui nuit à la qualité du pilotage du système dans sa globalité. Cette disposition permettra aux organismes complémentaires de faire prendre en compte leurs remarques vis-à-vis de dispositifs les concernant directement ou indirectement.

Cette disposition a été notamment inspirée par le succès des expériences menées en partenariat par Groupama¹ dans des départements, expériences qui associait médecins généralistes, assurés, assurance maladie de base et assurance complémentaire.

Le rapporteur attire l'attention sur le fait que le succès de ces organisations ne doit pas conduire de manière directe ou indirecte à permettre aux assureurs complémentaires d'accéder au dossier médical personnel.

¹ Cf. rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, annexes, p. 325 : « Un exemple de cercles de qualité : l'expérience « Groupama Partenaires santé ».

Le 2° du I tire les conséquences de la création d'une union des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en substituant, dans l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale, à l'approbation de l'accord URCAM/réseaux par le directeur de la CNAMTS l'approbation par le directeur général de l'UNCAM.

Le 3° du I précise l'articulation de ces contrats avec le dispositif conventionnel élaboré par l'article 2 de la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libéraux et les organismes d'assurance maladie. Le 3° du I précise que lorsque les contrats conclus entre les URCAM et les réseaux de professionnels de santé conventionnés portent sur des thèmes abordés par les conventions conclues entre les organismes gestionnaires de l'assurance maladie et les organisations représentatives des professions de santé, ils doivent respecter les objectifs mentionnés dans ces conventions. Cette disposition permet de maintenir une certaine hiérarchie entre les différents instruments conventionnels.

Le **paragraphe II** vise à mettre en place un dispositif contractuel relatif aux bonnes pratiques dans les établissements hospitaliers. Il s'agit d'un point très important du présent projet, qui montre bien que la réforme projetée s'applique aussi bien en médecine de ville qu'à l'hôpital.

Le II crée un article L. 6113-2 nouveau dans le code de la santé publique en mettant en place une nouvelle catégorie d'accords, à l'échelon central et territorial.

Le premier alinéa concerne les accords-cadres. Ils sont tripartites et conclus entre une organisation représentative des établissements de santé, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et l'UNCAM. Ils visent à améliorer les pratiques hospitalières. L'article précise qu'un décret définira les conditions dans lesquelles ces contrats comportent des objectifs quantifiés. Dans la rédaction proposée, le décret pourra également fixer les conditions auxquelles ces contrats peuvent prévoir – il s'agit donc d'une faculté – un reversement aux établissements de santé d'une partie des sommes économisées. Le même décret fixera les conditions dans lesquelles l'application de ces accords-cadres peut être rendue obligatoire pour les établissements. La possibilité de reversement des économies ainsi constatées à l'établissement, même si elle sera difficile à appliquer en raison de la difficulté à constater les sommes économisées, est une initiative que le rapporteur salue dans son principe. Il s'agit d'un bon moyen de motiver les personnels hospitaliers et de les convaincre que la réforme ne réussira qu'avec leur soutien et leur participation.

Le deuxième alinéa de la rédaction proposée pour cet article L. 6113-12 nouveau vise à ce que des accords portant sur des sujets identiques puissent être conclus entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'établissement hospitalier. Si les accords prévoient de fixer des objectifs relatifs aux prescriptions hospitalières réalisées ensuite par des professionnels en ville, ils sont également signés par le directeur de l'UNCAM. Cette disposition

visé à remédier au cloisonnement constaté entre la médecine de ville et l'hôpital. En effet, les médecins travaillant dans les établissements hospitaliers ne sont pas suffisamment incités à essayer d'optimiser leurs prescriptions de soins de ville, ces dépenses n'ayant pas d'impact sur le budget hospitalier. Le mécanisme créé pourrait avoir une influence sur ces comportements, notamment en ce qui concerne les prescriptions de médicaments (part plus ou moins important de médecins génériques prescrits) et de dépenses de transports sanitaires, qui connaissent une forte croissance.

Le **paragraphe III** de l'article concerne les contrats visés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique. Ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens sont conclus entre les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et les établissements de santé. Leur régime a été profondément modifié par l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003. La rédaction en vigueur de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique dispose que les contrats définissent notamment les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins.

Le III propose de compléter cet article afin que ces contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens intègrent les objectifs médicalisés d'évolution des pratiques, « *et en particulier les contrats visés à l'article L. 6113-12 [du code de la santé publique]* ». Il s'agit là encore d'articuler les différentes techniques de contractualisation les unes avec les autres, de manière à éviter toute éventuelle contradiction qui serait préjudiciable à l'efficacité et à la crédibilité du système.

*

La commission a examiné deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a indiqué que cet article est critiquable car les accords de bon usage des soins (AcBUS) sont en réalité un instrument de maîtrise comptable ; on peut citer par exemple l'AcBUS visant à limiter à cinq le nombre de médicaments inscrits sur l'ordonnance pour les malades de plus soixante-dix ans.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable, en jugeant nécessaire de promouvoir les accords relatifs au bon usage des soins entre les acteurs du système de santé.

La commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a examiné trois amendements de M. Maxime Gremetz, Mme Jacqueline Fraysse et Mme Martine Billard supprimant le paragraphe I de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a jugé nécessaire de supprimer l'introduction des mutuelles et des compagnies d'assurances dans la définition des accords de

bon usage des soins, car il est dangereux de les mettre sur le même niveau que les autres acteurs.

Le rapporteur a au contraire considéré que l'article introduit un décloisonnement souhaitable entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

M. Xavier de Roux s'est interrogé sur l'intérêt de sortir les mutuelles d'un système où elles sont déjà présentes.

La commission a *rejeté* ces amendements.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Philippe Vitel prévoyant la communication aux conseils des ordres des professions médicales des contrats conclus avec les réseaux de professionnels de santé, **MM. Jean-Luc Prével et Marc Bernier** ayant souhaité cosigner cet amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la participation des mutuelles aux contrats.

Après que **le rapporteur** a indiqué que l'amendement était déjà satisfait par l'amendement de M. Philippe Vitel préalablement adopté, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que les contrats sont communiqués pour avis aux conseils des ordres des professions médicales.

La commission a examiné deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la participation du directeur général de l'UNCAM à la définition des AcBUS, en raison du caractère peu démocratique de ce dispositif.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable en estimant que la volonté de renforcer la coordination entre les différentes caisses est assez largement partagée.

Mme Catherine Génisson n'a pas contesté ce point, sous réserve cependant que l'on ne s'oriente pas vers une uniformisation des trois caisses qui ferait obstacle aux initiatives et aux expérimentations telles que celles réalisées par la Mutualité sociale agricole (MSA).

M. François Guillaume a estimé qu'il est essentiel de maintenir l'indépendance et la spécificité de la MSA en matière de prévention.

La commission a *rejeté* l'amendement, ainsi qu'un amendement de M. Yves Censi précisant les règles de fonctionnement et de prise de décision au sein du collège des directeurs de l'UNCAM.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, supprimant successivement différentes dispositions de l'article.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél précisant que les conditions de participation des professionnels de santé à la négociation des accords sont fixées par décret.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'amendement à condition de le rédiger de la façon suivante : « un décret fixe notamment les conditions de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords et les conditions dans lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés, peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord et peuvent être rendus opposables ».

La commission a *adopté* l'amendement ainsi rectifié.

Mme Martine Billard a *retiré* un amendement supprimant la participation des ministres de la santé et de la protection sociale à la négociation des accords cadres, en précisant cependant que si l'on veut alléger la tutelle de l'Etat, il faut donner plus de liberté et de souplesse aux autres acteurs.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél renvoyant à un décret la détermination des conditions dans lesquelles les accords peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé.

M. Jean-Luc Prél a estimé que s'il est souhaitable d'associer les établissements de santé aux contrats de bonnes pratiques, il faudrait prévoir précisément dans la loi la façon dont les économies qui en résulteront leur seront reversées.

Mme Martine Billard s'est inquiétée des effets pervers encourus si l'on reverse aux établissements les économies réalisées à la suite de l'amélioration des pratiques médicales.

Après que **le rapporteur** s'est déclaré défavorable, considérant que ces dispositions relèvent du pouvoir réglementaire, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant l'application des AcBUS aux établissements de santé et aux hôpitaux.

Elle a examiné deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le reversement aux établissements de santé d'une partie des sommes correspondant aux économies réalisées.

Mme Jacqueline Fraysse a déploré l'introduction d'une carotte financière, qui n'a rien à voir avec les objectifs de santé, traduisant un véritable mépris pour les équipes hospitalières, et qui est, de surcroît, inapplicable.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable en critiquant l'emploi du terme de « carotte », puisqu'il s'agit plutôt d'un intéressement qui constitue, avec la concertation, l'une des deux « mamelles » de la participation. Il s'agit là en effet d'un moyen de motiver davantage les services hospitaliers.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, la première supprimant la possibilité de rendre obligatoire les accords cadres de bonnes pratiques dans les établissements et le second supprimant la possibilité donnée aux ARH de conclure de tels accords à l'échelon local.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que les agences régionales de santé peuvent conclure des accords de bonnes pratiques à l'échelon local.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant la possibilité de conclure des accords de bonnes pratiques au niveau local.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que des accords peuvent être conclus à l'échelon régional par le directeur de l'agence régionale de santé et le représentant légal de l'établissement.

M. Jean-Luc Préel a précisé qu'il s'agit de mettre en œuvre concrètement la régionalisation de la santé, en s'interrogeant sur les raisons pour lesquelles le projet de loi préfère l'échelon local à l'échelon régional.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant les dispositions précisant les cas dans lesquels les accords locaux de bonnes pratiques doivent être signés par l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant la consultation des conseils des ordres des professions médicales sur les dispositions des accords relatives à la déontologie de ces professions.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le paragraphe III de l'article.

La commission a *adopté* l'article 7 ainsi modifié.

Après l'article 7

M. Jean-Pierre Door a *retiré* un amendement de M. Jacques Domergue prévoyant l'intervention de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) en cas de dépassement des plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance, afin d'alléger la responsabilité civile professionnelle des acteurs de santé.

Article 8

(article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale)

Évaluation et amélioration des pratiques professionnelles médicales

Cet article vise à promouvoir l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles médicales. Il concerne tous les médecins conventionnés et les médecins hospitaliers.

L'évaluation des pratiques médicales

A côté de la formation professionnelle, l'évaluation des pratiques est un outil au service de la qualité de soins. Cette évaluation peut être collective ou individuelle.

Les unions régionales des médecins libéraux (URML) sont des acteurs de l'évaluation des comportements et pratiques professionnelles, dans un but d'amélioration de la qualité des soins. Ces missions leur ont été confiées par la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie. L'ordonnance n° 344-96 du 24 avril 1996 et le décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 confirment et précisent l'organisation locale de l'évaluation des pratiques médicales.

Selon les termes du décret n° 99-1130 du 28 décembre 1999 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles et à l'analyse de l'évolution des dépenses médicales, « *L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique. Dans cette perspective, elle permet de promouvoir le respect de la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.* ». Dans ce cadre, un médecin volontaire est visité par un ou deux confrères évaluateurs.

Quant à l'évaluation collective des pratiques, elle « *vise à améliorer la qualité des soins en permettant à chaque praticien de confronter ses pratiques à celles de ses confrères ou aux référentiels des pratiques élaborées ou validées par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.* » Les dossiers anonymisés des patients sont étudiés par un groupe d'évaluateurs.

L'article 11 du code de déontologie précise que « *Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles* ». Cependant, selon le commentaire du Conseil national de l'ordre du médecin disponible sur Internet¹, la rédaction de cette disposition ne lui conférerait pas le caractère d'obligation.

Les acteurs de l'évaluation des pratiques sont nombreux : l'Agence nationale pour le développement de l'évaluation médicale (ANDEM) devenue ANAES et les unions régionales des médecins libéraux jouent un rôle central mais les sociétés savantes, les syndicats et l'ordre sont également parties à des degrés divers de ce processus.

L'évaluation des pratiques professionnelles est fondée sur l'auto-évaluation et la confidentialité des résultats. Elle ne comporte pas de sanctions.

Il n'est malheureusement pas organisé d'articulation de ce mécanisme avec la formation continue, ce qui est source de confusion pour les médecins et les patients.

Un bilan décevant

Le rapporteur regrette que le rythme de l'évaluation des pratiques professionnelles médicales soit trop lent. Si les URML et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé se sont engagées à évaluer les pratiques professionnelles de 10 000 médecins libéraux d'ici à moins de deux ans, le rapport de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie a fait état des données de la Cour des comptes : en mars 2003, moins de 180 médecins ont été évalués.

Favoriser une médecine de qualité passe par l'amélioration des pratiques, objectif que recherche le présent article.

Un dispositif plus applicable

Le présent article vise à créer un article L. 162-4-2 nouveau dans le code de la sécurité sociale, afin de bien préciser les obligations des médecins conventionnés et des médecins hospitaliers en matière d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

Qui est concerné ?

Le premier alinéa précise d'abord les contours du public visé. Il s'agit d'une part des médecins conventionnés (ou ayant adhéré au règlement arbitral mentionné à l'article 28 du présent projet (cf. *infra*), et d'autre part des médecins exerçant dans les établissements de santé.

¹ Cf. <http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=deonto/article.php&offset=9>

Le rapporteur souhaite souligner l'intérêt que constitue la création de règles communes aux médecins d'exercice libéral et aux médecins hospitaliers. L'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles doit être respectée de la même manière par un médecin spécialiste en ville que par son homologue à l'hôpital. Il s'agit d'une mesure de cohérence qui donne tout son sens au projet de réforme.

Quelle est la portée de l'obligation ?

Suivant la rédaction proposée, ces médecins « *sont tenus de participer à une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle* ». Il s'agit donc explicitement d'une obligation, même si le projet ne précise pas la périodicité de cette obligation.

Pour satisfaire à cette obligation, le médecin peut participer à une action d'évaluation des pratiques professionnelles mentionnée à l'article L. 1414-3-1 du code de la santé publique. Il s'agit des actions mises en œuvre par l'ANAES avec la coopération des URML et dont le développement est encore modeste.

Le médecin peut également choisir de participer à des « *dispositifs agréés par décret* ». Il s'agit notamment des groupes de pair et des cercles de qualité, qui permettent notamment des échanges confraternels.

Le présent article ne met en place aucun mécanisme de sanctions. Il serait d'ailleurs en effet injuste de sanctionner des médecins pour non-participation à des actions d'évaluation, dès lors que l'offre de dispositifs d'évaluation des pratiques ne se développe pas suffisamment.

Le rapporteur souligne la portée du présent article. Evitant une régulation comptable injuste et aveugle, le projet de loi met en place une régulation médicalisée et vise à augmenter la qualité des soins. Dès que l'offre en matière d'évaluation des pratiques sera suffisante, l'engagement des médecins dans ce processus doit être immédiate et significative.

*

M. Philippe Vitel a *retiré* un amendement de suppression de l'article.

Après avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Claude Evin précisant que l'évaluation des professionnels de santé prévue par l'article doit être régulière.

La commission a *adopté* l'article 8 ainsi modifié.

Après l'article 8

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant la création par les URCAM de plateformes d'information et de conseil en santé composées d'équipes pluridisciplinaires.

Article 9

(article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)

Information des assurés

Cet article vise à inciter les organismes de l'assurance maladie à améliorer l'information des assurés sur l'offre de soins.

Cette disposition s'inscrit dans la promotion de la qualité des soins dans les efforts visant à accroître la transparence du système de santé. Les assurés recherchent une offre de soins de qualité. Il convient de les aider et de leur donner la possibilité de savoir quelles sont les formations suivies par un professionnel de santé.

L'article 76 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a constitué un pas important dans l'amélioration des assurés. Il a créé un article nouveau L. 162-1-11 dans le code de la sécurité sociale obligeant les organismes gestionnaires des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie à assurer, « *par tous moyens adaptés* », une mission générale d'information des assurés sociaux. Cette information doit notamment :

- faciliter l'accès des assurés aux soins ;
- préciser les conditions dans lesquelles les actes de prévention, de diagnostic ou de soins qu'ils reçoivent sont pris en charge ;
- indiquer les tarifs applicables, des taux de remboursement et des conditions de prise en charge des services et des produits de santé,
- donner des informations relatives au bon usage des soins.

L'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale prévoit également que les caisses « *peuvent* » – il s'agit donc d'une faculté aménagée par le texte au bénéfice des organismes gestionnaires de l'assurance maladie – mettre en oeuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation, qui doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions.

Ces services peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et « *sur la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant.* »

Le présent article va plus loin dans cette direction en proposant que les services de conseil administratif et d'orientation des caisses peuvent également informer les assurés de la situation d'un professionnel de santé sur les sujets suivants :

– adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale (contrat individuel de bonne pratique) ;

– adhésion aux contrats prévus à l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale (contrat de santé publique) ;

– adhésion aux contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale (il s'agit du dispositif créé par l'article 7 du présent projet, cf. *infra*) ;

– participation à des actions de formation continue (l'organisation de la formation continue est profondément modifiée par le projet de loi relatif à la politique de santé publique) ;

– participation à des actions de formation conventionnelle ; les conditions de la formation médicale conventionnelle sont définies par la convention au titre de l'application du 14° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, conformément à la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle ;

– participation à la coordination des soins et à l'évaluation des pratiques.

Il s'agit d'une mesure bienvenue qui, en s'inscrivant dans la perspective ouverte par la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, accroît la transparence de l'offre de soins au bénéfice des patients.

Le rapporteur espère que les caisses d'assurance maladie utiliseront cette faculté pour diffuser ces informations le plus largement possible, au besoin en utilisant le réseau Internet. Il convient en effet de récompenser les professionnels de santé qui s'engagent dans ces démarches qualitatives, sans qu'une dérive du type « Palmarès 2003 des ORL » n'apparaisse.

En effet, l'information qu'un médecin a participé à un colloque organisé par une firme pharmaceutique ne donne pas d'indication réelle sur la qualité de son exercice. Les services des caisses devront donc faire preuve de prudence dans le traitement et la présentation et de ces informations.

A noter que les articles 13, 19 et 81 du code de déontologie médicale, qui interdisent la publicité et la pratique de la médecine comme un commerce, limitent strictement les indications que le médecin peut faire porter sur sa feuille de soins, sa plaque et dans les annuaires à usage public. Il pourrait être souhaitable de réfléchir à une évolution de cette réglementation, au bénéfice de l'information des patients et dans la concertation avec la profession.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse de suppression de l'article, après que **M. Philippe Vitel** a *retiré* un amendement ayant le même objet.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse, supprimant l'information des assurés sur l'adhésion des médecins aux contrats de bonne pratique ou de santé publique, à un accord de bon usage des soins ou à un contrat de réseaux.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de M. Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse de précision rédactionnelle.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que la formation continue devra se faire en toute indépendance par rapport aux laboratoires pharmaceutiques.

Mme Martine Billard a indiqué que cette précision est d'autant plus nécessaire que la seule petite structure de formation indépendante, le FOPIM, risque de disparaître dans le cadre de la réforme.

M. François Guillaume a fait observer qu'en raison du coût de la formation continue et de la faiblesse des moyens accordés aux médecins, il n'est pas raisonnable d'écarter les laboratoires pharmaceutiques tant que l'on n'aura pas trouvé de financements de remplacement.

M. Philippe Vitel a estimé que l'adoption, ces dernières années, d'une réglementation stricte fait qu'à l'heure actuelle l'indépendance de la formation continue est garantie.

M. Simon Renucci a considéré qu'il faudrait renforcer la formation conventionnelle dans le cadre régional.

Le rapporteur s'est déclaré défavorable à l'amendement, dépourvu de portée juridique, et a souligné qu'une charte de la visite médicale est prévue par le projet et comporte un certain nombre de sanctions.

Mme Martine Billard a objecté qu'une telle charte est peu crédible et relevé l'insuffisance des crédits de formation des médecins.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* l'article 9 sans modification.

Article 10

(article L. 314-1 du code de la sécurité sociale)

Liquidation médicalisée

Cet article vise à donner aux services des organes gestionnaires des régimes de l'assurance maladie une mission de « liquidation médicalisée », c'est-à-dire de permettre aux caisses et au service médical de contrôler, dès la demande de remboursement, le respect de divers dispositifs ayant pour objet la mise en place d'une maîtrise des dépenses d'assurance maladie, notamment ceux mettant en place une maîtrise médicalisée et dont la création est proposée par le présent projet de loi.

Tirer les conséquences de la maîtrise médicalisée

Cet article est le dernier article de la section 2 du titre premier du projet de loi, section intitulée « *Renforcement de la qualité* ». Il s'agit de tirer les conséquences de la mise en place de dispositifs visant à renforcer la qualité des soins et qui subordonnent le remboursement des prestations au respect par l'assuré comme par le professionnel de santé de certaines conditions.

Il faut lire cet article dans les perspectives ouvertes par les articles 13 à 15 du projet (cf. *infra*), qui élargissent considérablement l'éventail des sanctions applicables aux professionnels de santé, aux établissements de santé et aux usagers (article 13) et renforcent le contrôle des prescriptions d'arrêts de travail (articles 14 et 15). Les sanctions prévues par l'article 13 sont susceptibles d'être appliquées dès que l'inobservation des dispositions du code de la sécurité sociale a abouti à une *demande* de prise en charge induite. Il s'agit d'une disposition particulièrement efficace car agissant très en amont du processus de remboursement.

Les dispositions de cet article s'appliquent à tous les soins dont la prise en charge par l'assurance maladie est demandée, que ces soins aient été dispensés en ville ou à l'hôpital. Sur ce point encore, la réforme s'applique également à l'hôpital, conformément aux déclarations du gouvernement précisant qu'il s'agit d'une réforme d'ensemble du système de santé.

Conditions du contrôle du respect des dispositifs de maîtrise médicalisée

Le présent article propose de réécrire le chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de la sécurité sociale et son article unique L. 314-1. Le nouveau titre du chapitre est : « *Dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance maladie* ».

Il est proposé que le premier alinéa de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale indique le moment où s'effectue le contrôle et les conditions dans lesquelles il s'opère.

C'est lorsque les services des caisses « *reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie* » soit des feuilles de soins au format papier, soit des informations transmises par voie électronique) qu'elles peuvent effectuer les contrôles. Le premier alinéa précise que les caisses reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie en application de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale. Cet article dispose que : « *L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents dont le contenu, le support ainsi que les conditions et délais de transmission à la caisse du bénéficiaire sont fixés par décret en Conseil d'Etat.* ».

Le premier alinéa prescrit que ce contrôle s'opère « *dans le respect du secret médical* », ce qui renvoie aux dispositions du code de déontologie médicale. En particulier, il appartiendra au médecin-conseil de la caisse (et non à d'autres personnels qui n'auraient pas la qualité de médecin) d'accéder aux informations de nature médicale relatives à l'assuré.

Le 1° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale fixe une première série de dispositions dont le respect peut faire l'objet de contrôles par les caisses. Cela concerne l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge, notamment les exigences prévues par les articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-46, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 du code de la sécurité sociale :

– *Article L. 162-4* : cet article modifié par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 précise que le médecin est tenu de signaler sur l'ordonnance le caractère non remboursable par l'assurance maladie des produits, actes et prescriptions ;

– *Article L. 162-4-1* : le médecin doit indiquer les éléments d'ordre médical motivant l'interruption de travail ou la prescription de transport en vue d'un remboursement ;

– *Article L. 161-46* : cet article, introduit dans le code de la sécurité sociale par l'article 2 du présent projet de loi (*cf. supra*), vise à ce que chaque professionnel de santé reporte sur le dossier médical personnel les éléments diagnostiques et thérapeutiques concernant la personne prise en charge et que le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins soit conditionné à l'accès du professionnel de santé au dossier médical personnel ;

– *Article L. 315-2* : cet article, modifié par l'article 15 du présent projet de loi relatif au contrôle des indemnités journalières, concerne les modalités du contrôle ; il rappelle que « *tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical* » ;

– *Article L. 322-3* : cet article, modifié par l'article 3 du présent projet de loi, détaille les différentes situations où la participation de l'assuré peut être réduite ou supprimée (cela concerne notamment les personnes atteintes

d'affections de longue durée), cette réduction ou cette suppression pouvant être subordonnée au respect de certaines conditions ;

– *Article L. 324-1* : cet article, modifié par l'article 3 du présent projet de loi, vise à réglementer les conditions auxquelles les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) peuvent continuer à bénéficier de ce statut.

Dans la rédaction proposée pour le 2° du L. 314-1 du code de la sécurité sociale, les caisses et le service médical peuvent également vérifier que les actes ou les prescriptions répondent à deux autres types d'exigences.

Selon le a) de ce 2°, ces actes et prestations ne doivent pas excéder les limites et indications prévues dans les listes mentionnées aux articles L. 162-1-17, L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale. Ces listes fixent les modalités de fixation des listes de prestations et de biens dont le remboursement est assuré par l'assurance maladie :

– *Article L. 162-1-7* : il concerne la liste des actes ou prestations réalisées par un professionnel de santé pris en charge par l'assurance maladie (nomenclature générale des actes professionnels et classification commune des actes médicaux). A la suite d'une modification apportée par l'article 41 de la loi n° 2003-1199 de financement de la sécurité sociale pour 2004 du 18 décembre 2003, cet article précise que « *l'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation* » ;

– *Article L. 162-17* : conformément à cet article, les médicaments ne peuvent être pris en charge que s'ils figurent sur une liste ;

– *Article L. 165-1* : l'article subordonne le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus, du corps humain, quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés et des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale à l'inscription sur une liste. L'article précise que « *l'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.* » ;

Selon le b) du 2° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, les actes et les prescriptions doivent également respecter le contenu des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale. Cet article relatif aux références médicales opposables, créé par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, prévoit que ces références sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence française de sécurité sanitaire

des produits de santé. L'application de cette disposition demandera des moyens renforcés aux services des caisses.

Le 3° de la rédaction proposée pour l'article L. 314-1 nouveau du code de la sécurité sociale complète la liste des conditions pouvant faire l'objet de vérifications de la part des caisses et du service médical. Cela concerne le respect :

- des contrats de bonne pratique (article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale) ;
- des contrats de santé publique (article L. 162-12-20) ;
- des contrats conclus entre les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral (article L. 183-1-1) ;
- des accords de bon usage des soins (article L. 162-12-17).

La rédaction proposée pour l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale a également pour objet d'obliger les assurés et les professionnels de santé à fournir aux autorités chargés du contrôle les éléments nécessaires aux vérifications des points visés plus haut.

Enfin, il est proposé que l'article rappelle que la prise en charge par l'assurance maladie des prestations faisant l'objet de vérifications est subordonnée au respect de ces conditions.

*

La commission a examiné en discussion commune quatre amendements de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz, M. Jean-Luc Prél et M. Jean-Marie Le Guen, de suppression de l'article.

Le rapporteur a objecté que la suppression de l'article par ces amendements reviendrait à éliminer toute possibilité de sanction à l'encontre des professionnels de santé qui ne respectent pas les bonnes pratiques de soins.

M. Jean-Luc Prél s'est déclaré favorable à des sanctions à l'encontre des médecins ne respectant pas les bonnes pratiques mais a jugé inacceptable que le patient soit pénalisé de ce fait.

M. Simon Renucci a estimé que la mesure constituera un frein à l'accès aux soins.

Le rapporteur s'est interrogé sur l'utilité d'une maîtrise médicalisée qui ne ferait aucune place à un contrôle des pratiques assorti des sanctions.

Mme Jacqueline Fraysse a relevé que le patient non seulement serait mal soigné mais ne serait en outre pas remboursé.

M. Jean-Luc Prével a proposé de retirer son amendement de suppression au profit de la suppression des seules dispositions pénalisant les assurés.

Le rapporteur a reconnu que la sanction du patient dont le praticien n'a pas respecté les bonnes pratiques mérite d'être revue d'ici l'examen en séance publique.

En conséquence, **M. Jean-Luc Prével** a *retiré* son amendement tandis que la commission a *rejeté* les trois autres.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant le contrôle par les caisses du caractère justifié des prescriptions.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Yves Censi confortant l'existence dans chaque régime obligatoire d'assurance maladie d'un contrôle médical, éventuellement organisé selon des modalités spécifiques.

La commission a *rejeté* vingt-deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant tout ou partie des dispositifs d'encadrement des prescriptions médicales prévus par l'article.

Tirant les conséquences du débat intervenu sur les amendements de suppression de l'article, la commission a *adopté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant le dernier alinéa de cet article qui subordonnait la prise en charge par l'assurance maladie des soins délivrés aux patients au respect par le praticien des bonnes pratiques médicales. **Mme Martine Billard, M. Jean-Luc Prével et M. Philippe Vitel** ont souhaité cosigner cet amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével permettant aux caisses de sécurité sociale et aux services du contrôle médical de vérifier à partir des dossiers soumis à remboursement et des informations transmises par les professionnels dans le cadre d'échanges informatisés que les professionnels respectent les référentiels médicalisés.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével permettant aux services médicaux des caisses de sécurité sociale de procéder à une consultation du dossier médical partagé afin de vérifier le respect des références médicales.

Le rapporteur a estimé cet amendement contraire au droit reconnu aux patients de maîtriser l'accès à leur dossier médical informatisé. Il ne peut être question de prévoir un accès systématique au dossier par les services du contrôle médical sans que le patient ait donné son accord express. Le dossier médical personnel ne doit pas servir à un contrôle sur le remboursement : son objectif est une amélioration de la pratique médicale.

M. Jacques Domergue s'est interrogé sur la possibilité d'un contrôle efficace sans consultation des dossiers médicaux par les services du contrôle médical.

Mme Maryvonne Briot a souligné la nécessité de rester cohérent et de ne pas affirmer un droit à la confidentialité qui serait ensuite mis à mal dans un autre article du même projet de loi. Le droit du patient sur son dossier médical doit être absolument préservé.

M. Xavier de Roux a approuvé cette opinion en confirmant que le dossier médical est personnel et ne doit pas être accessible sans l'accord du patient.

Mme Martine Billard a fait remarquer que les caisses de sécurité sociale ont déjà la possibilité de consulter les actes médicaux réalisés par tel ou tel praticien, ce qui permettrait d'ailleurs de réaliser des études sur le comportement de prescription des médecins. Il ne peut être question d'aller plus loin sans menacer les libertés publiques.

M. François Guillaume a déclaré partager le souci de M. Jean-Luc Préel. Seuls des contrôles efficaces permettront de lutter contre le nomadisme médical.

M. Pierre Morange, président, a fait remarquer que la future version de la carte Vitale permettra de transmettre des données statistiques sur les actes médicaux effectués sans qu'il soit pour cela nécessaire de consulter le dossier médical informatisé.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant que l'assurance maladie devra fournir à l'Institut des données de santé toutes les informations relatives à la liquidation médicalisée, afin que cet institut soit en mesure d'assurer un suivi en temps réel des dépenses de santé et puisse alerter les gestionnaires du système de santé en cas de dérapage des dépenses.

Le rapporteur a estimé que cet amendement comporte un risque majeur pour les libertés individuelles. On ne peut divulguer d'informations sur la santé des assurés. Par ailleurs, la mission d'alerte ne relève aucunement de l'Institut des données de santé.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Un amendement de M. Jean-Luc Préel instituant une commission chargée des litiges entre les praticiens et les caisses de sécurité sociale a été *retiré* par son auteur, après que **le rapporteur** a expliqué qu'un amendement à l'article 13 répond au souci exprimé.

La commission a *adopté* l'article 10 ainsi modifié.

Après l'article 10

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen supprimant les mesures prévues à l'article 97 de la loi de finances rectificative pour 2003 destinées à réduire l'accès à l'aide médicale d'Etat.

Le rapporteur a tout d'abord rappelé l'explosion qu'ont connue les dépenses d'aide médicale d'Etat. Ce problème ne relève pas de l'assurance maladie et doit être traité dans le cadre de la politique d'immigration. Il faut en outre rappeler que le serment d'Hippocrate a encore du sens et qu'aucun médecin ne refuse de soigner un étranger, fût-il en situation irrégulière.

M. Pierre Morange, président, a rappelé que l'aide médicale d'Etat relève du budget de l'Etat et que l'assurance maladie n'apporte aucune contribution en la matière.

Mme Martine Billard a contesté l'argumentation du rapporteur. Le problème posé par les conditions d'accès à l'aide médicale est urgent ; de nombreux étrangers en situation irrégulière sont dans l'impossibilité de prouver qu'ils sont arrivés sur le sol français depuis plus de trois mois ce qui conduit un nombre croissant de personnes à une impossibilité financière de se soigner.

M. François Guillaume a estimé que l'adoption de cet amendement serait très préjudiciable : il contribuerait à renforcer l'explosion des dépenses d'aide médicale d'Etat qui ont fortement augmenté ces dernières années en raison de l'assouplissement des conditions de ressources.

Le rapporteur s'est élevé en faux contre les propos tenus par Mme Martine Billard en soulignant que son intention n'était nullement d'ignorer ce problème préoccupant. Mais l'accès aux soins des étrangers en situation irrégulière doit être traité par l'Etat et ne peut être résolu dans le cadre de ce projet de loi relatif à l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a ensuite *rejeté* six amendements de M. Jean-Marie Le Guen tendant respectivement à :

- supprimer le ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat ;
- maintenir le plafond de ressources de la couverture maladie universelle (CMU) à un niveau supérieur au seuil de pauvreté défini par les instances internationales ;
- étendre le bénéfice de la CMU aux chômeurs allocataires de l'allocation de solidarité spécifique ainsi qu'aux personnes bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ou du minimum vieillesse ;

- élargir le bénéfice de la CMU aux chômeurs de longue durée bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ;
- élargir le bénéfice de la CMU aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé ;
- élargir le bénéfice de la CMU aux bénéficiaires du minimum vieillesse.

Section 3

Recours aux soins

Article 11

(articles L. 322-2, L. 322-4, L. 325-1 et L. 432-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'une contribution forfaitaire à la charge des assurés

L'actuel article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pose le principe d'une participation qui reste à la charge de l'assuré, après le remboursement de l'assurance maladie, et dont le taux est fixé par décret en Conseil d'Etat.

Ce « ticket modérateur » devait initialement contribuer à limiter les éventuels abus dans le recours aux soins, en sensibilisant les assurés au poids des dépenses de santé.

Toutefois, de nombreux assurés bénéficient aujourd'hui d'une assurance complémentaire ou d'une prise en charge totale par l'assurance maladie (par exemple, pour les affections de longue durée). En outre, si le principe demeure du paiement direct du professionnel de santé par l'assuré, une partie importante des actes de soins font l'objet d'un « tiers payant », c'est-à-dire d'une dispense d'avance des frais. L'établissement ou le professionnel de santé sont ainsi payés directement par l'assurance maladie, obligatoire et complémentaire, l'assuré ne payant que la part non remboursée et les dépassements d'honoraires.

Si elles contribuent à l'évidence à l'amélioration de l'accès aux soins, ces évolutions conduisent cependant également à « masquer » le coût pour l'assuré de ses dépenses de santé.

Afin de responsabiliser davantage les assurés sociaux, sans toutefois limiter l'accès aux soins des plus démunis, cet article propose donc d'instituer, en sus du ticket modérateur, une contribution forfaitaire à sa charge pour toute consultation ou acte médical.

Le champ d'application de la contribution

Le **paragraphe I** de cet article a pour objet de compléter l'article L. 322-2 susmentionné par un nouveau paragraphe (II) instituant une participation forfaitaire – communément appelée « forfait » ou « franchise » – dont l'assuré est

redevable pour chaque acte et chaque consultation réalisés par un médecin, en cabinet médical ou en établissement de santé, et donnant lieu à un remboursement par l'assurance maladie. Toutefois, l'assuré n'est pas tenu d'acquitter cette participation si les actes ou les consultations sont suivis d'une hospitalisation.

L'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), instituée par l'article 31 du projet de loi, est chargée de fixer le montant de ce forfait, qui s'ajoute au montant du ticket modérateur, dans des conditions et dans des limites fixées par décret en conseil d'Etat.

En réalité, davantage qu'à une « franchise », ce dispositif s'apparente plutôt à un « ticket modérateur d'ordre public », c'est-à-dire une participation restant automatiquement à la charge de l'assuré, ce qui suppose qu'elle ne soit pas couverte par les assurances complémentaires.

Or poser une telle interdiction pourrait se heurter au principe de droit communautaire de la libre prestation des services¹.

C'est pourquoi l'article 32 du projet de loi prévoit également d'inciter, par des mesures fiscales, les organismes d'assurance maladie complémentaire à ne pas proposer dans leurs contrats la prise en charge de ce forfait, afin que celui-ci contribue réellement à la responsabilisation des assurés.

Les exonérations prévues

Le **paragraphe II** de cet article procède à une réécriture de l'article L. 322-4 du même code – qui prévoit actuellement la possibilité de modifier, dans certains cas, les taux du ticket modérateur, alors que ces compétences relèvent désormais de l'UNCAM – afin d'exonérer du forfait les mineurs ainsi que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) mentionnée à l'article L. 861-1 du même code².

En outre, le présent article ne prévoit pas d'inclure les bénéficiaires de l'assurance maternité dans le champ de cette contribution forfaitaire.

L'extension de la contribution aux autres régimes

Le **paragraphe III** de cet article modifie la rédaction du premier alinéa du I de l'article L. 325-1 du même code, afin de préciser que le régime local d'assurance complémentaire obligatoire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ne peut pas prendre en charge la participation forfaitaire instituée par le présent article.

¹ Voir notamment sur ce point la communication interprétative n° 43 de la Commission concernant la liberté de prestation de services et intérêt général dans le secteur des assurances du 16 février 2000.

² Depuis le 1^{er} janvier 2000, la loi sur la couverture maladie universelle (CMU) permet à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, de bénéficier gratuitement d'une couverture maladie complémentaire, qui est accordée sous condition de ressources. Elle permet de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des dépenses de santé, sans avoir à faire l'avance des frais.

Le **paragraphe IV** de cet article tend à compléter l'article L. 432-1 du même code par un nouvel alinéa prévoyant que la franchise s'applique aux bénéficiaires du livre IV concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Dispositions transitoires

Le **paragraphe VI** de cet article précise que le montant de la contribution sera fixé par décret en attendant la décision de l'UNCAM. Selon le ministre de la santé et de la protection sociale, cette participation serait fixée à un euro afin de ne pas constituer un obstacle à l'accès aux soins des plus démunis.

*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Jean-Marie Le Guen.

Mme Jacqueline Fraysse a dénoncé une pratique génératrice d'inégalités. L'expérience du forfait hospitalier a échoué à responsabiliser les assurés tout en augmentant injustement les coûts pour les familles modestes. L'adoption du principe d'une franchise d'un euro constituerait une discrimination par l'argent. Il est évident que le montant de la franchise ne pourrait qu'augmenter dans le temps à l'instar de ce qui a été constaté pour le forfait hospitalier. Ce n'est pas par une telle mesure que peut passer la responsabilisation des patients.

M. François Guillaume a observé que tous les pays industrialisés comparables à la France ont adopté des mesures similaires. En revanche, le montant d'un euro est insuffisant et devrait être porté au moins à trois euros. Les bénéficiaires de la CMU devraient également s'acquitter d'une participation forfaitaire même si elle pourrait être réduite pour eux à un euro.

M. Edouard Landrain a relevé que la responsabilisation des patients est la règle en Europe. Ainsi, en Allemagne, le patient acquitte un montant de dix euros pour la première consultation trimestrielle ; cette méthode a fait ses preuves puisque les comptes sont revenus à l'équilibre pour la première fois depuis dix ans dans ce pays.

Mme Martine Billard a souligné que personne en France n' imagine sérieusement que la médecine est gratuite : elle est payée par le truchement des cotisations et des assurances complémentaires. Le montant de celles-ci s'élève à trente euros par mois minimum et augmente pour chaque enfant. La comparaison entre le système français et le système allemand est sans fondement puisque l'Allemagne n'a pas de système d'assurance complémentaire.

La responsabilisation doit être un concept positif et reposer sur une démarche de prévention et un code de bonnes pratiques. Le texte proposé traite de façon inégale les assurés et les professions médicales alors même qu'il est notoire que certains praticiens ont la main lourde et multiplient les actes. Le risque

encouru est de voir les patients les plus pauvres réduire leur consommation médicale. L'institution d'une part forfaitaire dans le système – artificiel – de rémunération à l'acte constituerait une mesure plus adaptée.

M. Simon Renucci a jugé que les Français vivent mal la responsabilisation invoquée. Il ne s'agit pas d'une vraie mesure d'économie. Il n'y en a d'ailleurs pas dans le texte. Il s'agit d'une mesure impopulaire car injuste ; la disposition proposée est viciée puisque fondée sur une définition culpabilisante de la participation. Elle met à mal le principe de l'égal accès aux soins.

M. Edouard Landrain a souhaité voir le débat s'extraire de l'angélisme. Seul le courage politique est à même d'apporter des solutions comme le montre l'exemple de l'Allemagne où les deux grands partis ont su trouver un accord.

M. Jean-Luc Warsmann s'est interrogé sur les modalités de mise en œuvre de la franchise d'un euro par les régimes de base et les complémentaires. Pour un acte coté à 20 euros, le remboursement par l'assurance maladie s'appliquera-t-il sur une somme de 19 euros ? Si oui, en ira-t-il de même pour les mutuelles qui ainsi rembourseraient moins à niveau de cotisations inchangé ? La franchise s'appliquera-t-elle au contraire sur le montant final du remboursement par l'assurance maladie calculé sur 20 euros ? On peut noter que la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN) pratique déjà une retenue de cette nature pour le remboursement des médicaments.

En réponse aux intervenants, **le rapporteur** a donné les précisions suivantes :

– il n'est pas possible d'appliquer la contribution aux bénéficiaires de la CMU du fait du tiers payant ;

– si le système allemand n'est pas strictement équivalent au nôtre, car, par exemple, le forfait hospitalier y est plus élevé mais limité à quinze jours, l'esprit en est cependant proche ;

– la défense des usagers est un souci partagé par tous et il n'est pas justifié de prétendre que le texte serait protecteur des professionnels de santé : ils sont au cœur de la réforme puisqu'ils contribueront pour deux tiers à la réduction du déficit et qu'ils ont accepté le principe de sanctions ;

– en ce qui concerne la franchise, l'euro sera déduit du montant du remboursement par l'assurance maladie ;

– les complémentaires pourront juridiquement rembourser la franchise mais elles en seront financièrement dissuadées par l'article 32 qui lie aides fiscales et exonérations de cotisations au non remboursement de la franchise.

La commission a *rejeté* les amendements de suppression.

La commission a *rejeté* trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et Mme Martine Billard, tendant à supprimer la participation forfaitaire.

La commission a *rejeté* quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'application de la franchise forfaitaire :

- à chaque acte médical pris en charge par l'assurance maladie ;
- à chaque consultation ;
- aux actes et consultations réalisés par un médecin de ville,
- aux actes et consultations réalisés par un médecin dans un établissement de santé.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant à exclure les actes ou consultations de la franchise lorsqu'ils ont été réalisés dans des centres de santé fréquentés par les plus défavorisés, **le rapporteur** ayant observé que ceux-ci bénéficient généralement de la CMU et sont donc d'ores et déjà exonérés de la franchise.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions :

- précisant que la participation forfaitaire s'ajoute au ticket modérateur ;
- définissant les modalités de fixation de son montant.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél précisant que la loi de financement de la sécurité sociale détermine le montant de la participation forfaitaire acquittée par le patient, **le rapporteur** ayant indiqué que ce rôle reviendra à l'UNCAM.

La commission a examiné un amendement de Mme Michèle Tabarot prévoyant l'envoi annuel, à chaque assuré, d'un récapitulatif faisant apparaître la totalité de ses consommations de santé.

M. François Guillaume a indiqué que la Mutualité sociale agricole (MSA) envoie trimestriellement un tel document. Cette pratique ne semble guère présenter d'intérêt et constitue surtout une surcharge financière pour la caisse.

M. Jacques Domergue a suggéré la création d'un service central, consultable sur Internet par l'ensemble des assurés, afin que chacun puisse prendre connaissance de son niveau de consommation ou bien la globalisation sur chaque relevé de remboursement de l'ensemble des dépenses effectuées et remboursements perçus.

M. Claude Evin a observé qu'une telle mesure entraînerait des coûts de gestion élevés.

M. Jean-Luc Warsmann a estimé qu'elle risquait de se révéler contreproductive compte tenu de la concentration des dépenses, chacun cherchant à obtenir un juste retour de ses cotisations.

M. Philippe Vitel a considéré que chaque document faisant état d'un remboursement devrait comporter la récapitulation mise à jour de l'ensemble des consommations de chaque patient. On pourrait ainsi identifier par des signaux d'alerte informatisés les consommations atypiques et faire intervenir le contrôle médical.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Claude Greff tendant à étendre la franchise aux personnes bénéficiaires de la CMU afin de responsabiliser l'ensemble des assurés.

M. François Guillaume s'est déclaré favorable à cette mesure car il est impérieux de sensibiliser l'ensemble des assurés sociaux à la question du déficit de la branche maladie.

La commission a *rejeté* l'amendement sur avis défavorable du **rapporteur**.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de M. Jacques Domergue tendant à retenir, pour la détermination des cas d'exonérations, des critères médicaux plutôt que sociaux, comme proposé par le projet de loi.

M. François Guillaume a souligné l'intérêt d'une telle démarche en rappelant qu'il n'y a pas lieu, par exemple, d'exonérer les enfants mineurs du dispositif, les allocations familiales devant également servir à la couverture des besoins de santé de l'enfant.

La commission a *rejeté* les amendements après que **le rapporteur** a rappelé que la rédaction retenue par le projet sur ce point est équilibrée.

La commission a examiné en discussion commune deux amendements de M. Jean-Luc Préel et Mme Martine Billard exonérant les personnes en affection de longue durée de la participation forfaitaire.

M. Jean-Luc Préel a souligné que ces personnes devront très fréquemment acquitter cette participation du fait de leur état. Le projet de loi prévoyant en outre un meilleur contrôle des affections de longue durée (ALD), il est légitime de les exonérer de cette participation.

Mme Martine Billard a insisté sur le caractère purement financier de cette participation qui ne relève en rien de la responsabilisation des assurés.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant à exonérer de la participation forfaitaire les jeunes à la charge de leur famille jusqu'à l'âge de vingt et un ans.

La commission a ensuite *rejeté* successivement trois amendements de Mme Martine Billard tendant respectivement à exclure du champ de la participation forfaitaire les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, du minimum vieillesse ou de l'allocation adulte handicapé.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Alain Vidalies ajoutant les étudiants à la liste des personnes exonérées du paiement de la participation forfaitaire.

La commission a *rejeté* sept séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant respectivement à exclure du champ de la participation forfaitaire :

- les femmes en congés maternité ;
- les personnes de plus de soixante ans ;
- les personnes privées d'emploi ;
- les consultations et actes relevant de la prévention ;
- les consultations et actes de vaccination ;
- les consultations et actes relevant de maladies chroniques ;
- les consultations et actes liés à une maladie professionnelle.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'interdiction pour le régime d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle de prendre en charge la contribution forfaitaire et la fixation provisoire du montant de celle-ci par décret.

M. Philippe Vitel a *retiré* un amendement confiant à la loi de financement de la sécurité sociale le soin de fixer le montant de la participation forfaitaire.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jacques Domergue excluant le remboursement de la participation forfaitaire par un organisme de protection sociale complémentaire.

La commission a *adopté* l'article 11 sans modification.

Après l'article 11

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz tendant à supprimer le forfait hospitalier.

Article 12

(articles L. 161-31, L. 162-4-3 et L. 162-21 du code de la sécurité sociale)

Accès des professionnels de santé aux informations détenues par les caisses d'assurance maladie et contrôle de l'utilisation de la carte Vitale

Cet article a pour objet d'améliorer les conditions d'utilisation de la carte électronique individuelle inter-régimes d'assurance maladie – dite carte Vitale – qui constitue aujourd'hui « *un élément et un instrument de la politique de santé* »¹, en contribuant notamment à la rapidité du règlement, à la sécurité de la transmission et à la productivité de la liquidation.

La carte Vitale : comment ça marche ?

La carte Vitale est une carte à microprocesseur, dite « carte à puce », qui peut contenir environ huit pages de texte. Gratuite, elle remplace la traditionnelle carte « en papier » de l'assuré social.

La carte Vitale n'est pas un moyen de paiement. Elle permet au professionnel de santé de prendre en compte immédiatement les droits de l'assuré et de créer une feuille de soins électronique, lors d'une consultation par exemple.

Diffusée en 1998, la carte Vitale a d'abord été attribuée à chaque assuré social (ouvrant-droit) : elle comportait les informations administratives relatives à l'assuré et à ses ayants droit (conjoint non assuré, enfants...). Une carte Vitale dite « personnelle » est diffusée depuis le mois de juin 2001 et attribuée à tous les ayants droit de 16 ans et plus.

Toutes les cartes Vitale contiennent les informations suivantes : les noms et prénom du titulaire de la carte, le numéro de sécurité sociale, l'identité des bénéficiaires, l'organisme d'affiliation, la caisse et le centre de rattachement et éventuellement l'exonération ou la modulation du ticket modérateur ainsi que le droit à la CMU complémentaire.

La carte Vitale ne comporte pas de date d'expiration. En revanche, en cas de changement de la situation administrative d'un assuré (mariage ou naissance d'un enfant par exemple), la carte doit être mise à jour. Près de 6 000 bornes Vitale permettent aux assurés de déclencher la mise à jour et de consulter les informations figurant sur leur carte.

L'accès des médecins aux informations détenues par l'assurance maladie avant la mise en place du dossier médical personnel

Le **paragraphe I** de cet article a pour objet d'insérer dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 162-4-3, comportant trois alinéas.

¹ Aux termes de l'actuel article L. 161-31 du code de la sécurité sociale.

Le *premier alinéa* permet aux médecins de consulter les données recueillies, dans le cadre des procédures de remboursement, par la caisse d'assurance maladie dont relève leur patient. S'agissant de données personnelles, le patient doit exprimer son consentement à cet accès, après en avoir été informé par le médecin, en lui permettant d'utiliser sa carte Vitale.

Le *deuxième alinéa* précise la nature des données rendues accessibles au médecin, à savoir :

– les informations concernant la nature des actes, produits ou prestations pris en charge, en médecine de ville ou en établissement de santé, au regard notamment des listes d'admission au remboursement (liste des produits et prestations pour les dispositifs médicaux¹, liste des médicaments remboursables², nomenclature générale des actes professionnels, puis classification commune des actes médicaux³) ;

– le code détaillé prévu pour les identifier sur ces listes, par exemple le code référence composé de 7 caractères pour les dispositifs médicaux ou la cotation des actes, à partir notamment du système des lettres-clés (par exemple, C pour une consultation d'un généraliste, K pour un acte technique réalisé par un médecin) ;

– leur niveau de remboursement.

En revanche, le relevé de données ne doit pas comporter d'informations concernant l'identité des professionnels ayant prescrit des soins à l'assuré.

En application du *dernier alinéa*, les modalités d'application de cet article seront déterminées par un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Par coordination, le **paragraphe II** de cet article procède à une réécriture complète du paragraphe II de l'article L. 161-31 du même code relatif à la carte Vitale – ce paragraphe prévoyant que la carte comporterait un « volet de santé » devient en effet sans objet avec la mise en place du DMP – afin de préciser que l'utilisation de la carte permet d'exprimer le consentement de l'assuré à la consultation par son médecin des informations figurant sur le relevé de données.

Il est également prévu que, pour accéder à ces informations, le médecin doit avoir adhéré à la convention ou exercer dans un établissement ou un centre de santé et être authentifié par sa carte de professionnel de santé⁴.

¹ Prévues par l'article L. 165-1 du même code.

² Prévues par l'article L. 162-17 du même code.

³ Prévues par l'article L. 162-1-7 du même code.

⁴ En application de l'article L. 161-33 du même code, dans le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé.

D'ici la mise en place effective du dossier médical personnel, prévu par l'article 2 du projet de loi, les médecins pourront ainsi disposer rapidement d'informations médicales sur leurs patients, ce qui leur permettra d'améliorer la qualité et la coordination des soins.

La lutte contre les risques de fraude liés à la carte Vitale

Selon le rapport d'étape de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'avril 2004¹, « *la carte Vitale présente aujourd'hui des faiblesses au regard des risques de fraude* ». En effet, il y aurait aujourd'hui près de 10 millions de cartes Vitale en surnombre et, en l'absence d'éléments d'identification du titulaire sur la carte, il ne peut pas être assuré que la personne qui présente la carte en vue de l'émission d'une feuille de soins électronique est bien son titulaire ou est légitimement mandatée pour le faire.

C'est pourquoi le **paragraphe III** de cet article propose de compléter la rédaction de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale, qui pose le principe de la couverture des frais de traitement dans les établissements de santé autorisés à dispenser des soins aux assurés, afin de préciser qu'il peut y être demandé au bénéficiaire de soins de prouver son identité par sa carte d'identité ou de tout autre document officiel comportant sa photographie.

L'exposé des motifs du projet de loi précise par ailleurs que ces dispositions seront complétées par des mesures réglementaires prévoyant la présence d'une photographie sur les cartes Vitale, à l'occasion de leur prochain renouvellement.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement le paragraphe I et l'avant-dernier alinéa du paragraphe I de l'article, le paragraphe I autorisant les médecins à consulter les données issues des procédures de remboursement et l'avant-dernier alinéa du I mettant à la disposition du médecin un relevé de ces données.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur élargissant le contenu des éléments pouvant être consultés en ligne par les médecins, en y intégrant les éléments constitutifs du protocole de soins des patients atteints d'affections de longue durée.

¹ Rapport d'étape d'évaluation des risques de fraude à l'assurance maladie de la mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), 23 avril 2004.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de MM. Philippe Vitel et Jean-Luc Prével précisant que le décret d'application de l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale est pris après avis du conseil national de l'ordre des médecins.

La commission a ensuite *adopté* un amendement du président Yves Bur prévoyant l'apposition d'une photographie sur les cartes Vitale à l'occasion de leur prochain renouvellement, prévu en 2006.

En réponse à une interrogation de **M. Jean Le Garrec** relative à l'évaluation financière de cette mesure, **le président Yves Bur** a précisé que le coût peut en être estimé à 20 millions d'euros et qu'il convient de prendre en compte les économies qui vont être ainsi réalisées grâce à la diminution de la fraude. De manière significative, cette mesure est proposée par les directeurs des caisses de sécurité sociale.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article.

La commission a examiné un amendement de Mme Claude Greff précisant les modalités de gestion de la délivrance de la carte Vitale.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'amendement sous réserve de la suppression des deux derniers alinéas relatifs aux cartes volées, perdues ou non retournées aux organismes d'assurance maladie.

La commission a *adopté* ce sous-amendement puis l'amendement ainsi modifié.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de précision rédactionnelle.

La commission a examiné trois amendements identiques de Mmes Jacqueline Fraysse et Martine Billard et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe III de l'article précisant que, dans les établissements de soins, il peut être demandé à l'assuré d'attester de son identité.

Mme Martine Billard a précisé qu'à partir du moment où presque toutes les personnes sont couvertes par l'assurance maladie, il n'est pas nécessaire d'habiliter les établissements de soins à contrôler l'identité des assurés. Le montant des fraudes n'est pas significatif.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les trois amendements.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de MM. Jean-Luc Prével et Philippe Vitel précisant, afin d'alléger la charge pesant sur les médecins,

que l'attestation d'identité est effectuée auprès des services administratifs des établissements de santé.

Sont en conséquence *devenus sans objet* un amendement de M. Jean-Luc Prével rendant obligatoire cette attestation d'identité, ainsi qu'un amendement de M. Claude Evin poursuivant le même objectif que ceux adoptés précédemment.

La commission a *adopté* l'article 12 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 12

(article L. 161-31 du code de la sécurité sociale)

Communication à l'assuré porteur d'une carte Vitale du coût des prestations et des médicaments dont il bénéficie

La commission a *adopté* un amendement de M. Bernard Perrut prévoyant que l'assuré social porteur d'une carte Vitale est informé du coût des prestations et des dépenses en médicaments dont il bénéficie, après que **le rapporteur** a rappelé que cette proposition a déjà été discutée dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Article 13

(article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale)

Institution de pénalités financières en cas d'abus ou de fraude des professionnels, des établissements de santé et des assurés

Cet article vise à sanctionner plus efficacement les auteurs de fraudes ou de manquements à la réglementation applicable en matière de sécurité sociale, qu'il s'agisse de professionnels de santé, d'assurés sociaux ou d'établissements de santé.

Les carences du dispositif actuel de contrôle

Essentiellement confié aux organismes d'assurance maladie, le contrôle et, le cas échéant, la sanction des professionnels de santé et des usagers présentent aujourd'hui certaines insuffisances.

S'agissant des assurés

Il s'agit principalement des avis individuels rendus sur des prestations par les services médicaux des caisses d'assurance maladie : c'est le cas en particulier du contrôle des ententes préalables – par exemple, pour certains soins dentaires – et du suivi des admissions dans le régime des affections de longue durée (ALD) et du protocole de diagnostic et de soins (anciennement dénommé « protocole inter-régimes d'examen spécial » ou PIREs).

S'agissant des professionnels de santé

Les instruments du contrôle des professionnels de santé sont principalement les suivants :

– la procédure de récupération d'indus auprès du professionnel de santé, dans le cas notamment de méconnaissance des règles de cotations et de tarification¹ ;

– le contentieux du « contrôle technique »², qui prévoit que les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes peuvent être déférés à la section des assurances sociales des conseils de l'ordre de ces professions, mais cette procédure est assez longue ;

– les comités médicaux paritaires locaux³, composés de représentants des caisses et des syndicats liés par convention avec les organismes de sécurité sociale et chargés notamment d'instruire le respect des références médicales ou figurant dans le règlement conventionnel minimal ;

– le déconventionnement par la caisse primaire d'assurance maladie pour violation des engagements prévus par la convention⁴.

Ainsi, hormis le déconventionnement, qui devrait être réservé aux cas les plus graves, les organismes d'assurance maladie ne disposent pas de moyens adéquats pour répondre rapidement mais également de façon proportionnée aux violations de règles générales d'exercice ou de remboursement qu'ils constatent. Il peut s'agir, par exemple, de la déclaration d'un accident domestique en accident du travail, du cumul d'une indemnité journalière avec une activité professionnelle, de la surfacturation de soins effectués par un professionnel ou de la cotation d'actes médicaux fictifs.

Le dispositif proposé par le projet de loi

Le présent article propose en conséquence de « *comblar le vide existant* », selon les termes de l'exposé des motifs du projet de loi, en instituant un dispositif souple et gradué de sanctions.

Le **paragraphe I** de cet article insère un nouvel article L. 162-1-14 dans le chapitre II – « Dispositions générales relatives aux soins » – du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

¹ Prévues par l'article L. 133-4 du même code.

² Prévues par les articles L. 145-1 et suivants du même code.

³ Prévues par l'article L. 162-12-16 du même code.

⁴ Prévues par l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale.

Son *premier alinéa* vise à permettre au directeur de la caisse locale d'assurance maladie de prononcer une pénalité financière à l'encontre des professionnels de santé, des établissements et des assurés :

– s'ils ne respectent pas les règles fixées par le code de la sécurité sociale et figurant sur une liste fixée par décret en conseil d'Etat ;

– et si la violation de ces dispositions conduit à un remboursement ou une prise en charge indus, y compris lorsque ces remboursements n'ont pas été effectifs mais simplement demandés à l'assurance maladie.

Cette pénalité ne peut être prononcée qu'après la saisine pour avis d'une commission constituée au sein du conseil de la caisse locale et à laquelle doivent participer des professionnels de santé si une sanction est envisagée à l'encontre de l'un d'entre eux.

Conformément au principe de proportionnalité des peines, le montant de l'amende est déterminé en fonction de la gravité des faits et doublé en cas de récidive. En outre, cette amende est limitée à deux fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale (soit 4 952 euros).

Afin de garantir les droits de la défense, il est par ailleurs précisé que le montant de la sanction envisagée ainsi que les faits qui lui sont reprochés doivent être communiqués à la personne concernée par la caisse d'assurance maladie, afin de lui permettre de présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois, au terme duquel la sanction peut, le cas échéant, être prononcée par le directeur de la caisse.

Pour les mêmes raisons, le *deuxième alinéa* pose le principe de la motivation de la mesure prononcée.

Le *troisième alinéa* a pour objet de permettre à l'organisme de sécurité sociale de mettre en œuvre les procédures d'avertissement, de mise en demeure et de contrainte, assortie de pénalités de retard, prévues par les articles L. 244-3 et L.244-9 du même code.

Le *dernier alinéa* renvoie, enfin, à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les modalités d'application du présent article, et notamment les règles dont la non-observation est passible de sanctions ainsi que le barème de celles-ci.

Le **paragraphe II** supprime les dispositions de l'article L. 162-12-16 du même code, qui prévoient que la décision de pénalité financière prise par la caisse, sur la base des faits litigieux retenus par les comités paritaires locaux, peut être contestée devant les tribunaux des affaires sociales, dans la mesure où, s'agissant d'une sanction administrative, ce contentieux doit plutôt relever de la juridiction administrative.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'article et son paragraphe I.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dispositif de pénalité établi par l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale respectivement pour les professionnels de santé, les établissements de santé et les assurés.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de MM. Jean-Luc Prével et Philippe Vitel précisant que des représentants de la même profession que les professionnels auxquels sont appliquées les pénalités participent à la commission chargée de donner un avis sur celles-ci, après que **le rapporteur** a émis un avis favorable.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que la commission précédemment mentionnée apprécie la responsabilité de l'assuré, du professionnel de l'établissement dans l'inobservation des règles du code de la sécurité sociale, afin de garantir la prise en compte d'éléments susceptibles d'atténuer cette responsabilité.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que la pénalité financière prononcée par l'organisme local d'assurance maladie peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif. A cette occasion, **M. Xavier de Roux** s'est interrogé sur les raisons de cette compétence juridictionnelle alors que l'on se trouve dans le cadre général du contentieux de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-14 relatif aux modalités de recouvrement de la pénalité précédemment mentionnée.

M. Claude Evin a précisé que s'agissant de la procédure de pénalisation des professionnels de santé, il conviendra, lors de la réunion de la commission qui se tiendra en application de l'article 88 du Règlement, d'étudier également la situation des établissements de santé au regard de cette même question.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant qu'un organisme de sécurité sociale ne peut à la fois recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article 13 et aux procédures conventionnelles pour sanctionner une même inobservation des règles par un professionnel de santé.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le dernier alinéa de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale renvoyant les modalités d'application de l'article à un décret en Conseil d'Etat.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant le II de l'article 13.

La commission a *adopté* un amendement de cohérence du rapporteur, donnant compétence aux juridictions administratives pour le contentieux des sanctions pour non respect des références médicales.

La commission a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 14

(article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Renforcement du contrôle des prescripteurs de transports ou d'arrêts de travail

Les indemnités journalières (IJ) maladie, soit les prestations dont bénéficient les assurés sociaux suite à un arrêt de travail, ont connu une augmentation importante au cours de ces dernières années – près de 50 % entre 1997 et 2002 en euros constants – en particulier pour les arrêts de plus de trois mois.

Augmentation annuelle des dépenses d'IJ maladie

| 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 |
|--------|--------|--------|--------|---------|
| +8,8 % | +4,2 % | +8,8 % | +7,5 % | +10,1 % |

Source : Rapport de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales sur les dépenses d'indemnités journalières (octobre 2003)

Or, comme l'a souligné l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), « *il est probable que le comportement des assurés et des prescripteurs a joué un rôle important dans la croissance constatée* ». En effet, la faiblesse, voire l'inefficacité, des contrôles par les caisses d'assurance maladie des salariés mais également des médecins prescripteurs d'arrêts de travail n'ont pu que contribuer à l'existence « *d'anomalies en matière de prescription d'IJ* » (voir également sur ce point le commentaire présenté sous l'article 13 du projet de loi).

Les médecins peuvent par exemple être traduits devant la section des assurances sociales du conseil de l'ordre, mais il s'agit d'une procédure longue, en particulier en cas d'appel, puisque celui-ci suspend l'exécution de la sanction. De même, la procédure de récupération d'indus ne permet pas d'inciter efficacement le prescripteur à modifier son comportement.

En insérant un nouvel article L. 162-1-15 dans le chapitre II, intitulé « *Dispositions générales relatives aux soins* », du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale, le présent article propose deux types de mesures afin de renforcer le contrôle des arrêts de travail prescrits en nombre élevé ou de façon abusive.

Il s'agit, en premier lieu, de permettre au directeur de la caisse de subordonner le versement des IJ ou la couverture des frais de transports à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée maximum de six mois, dès lors que les services de la caisse d'assurance maladie constatent :

– le non respect par le médecin des dispositions prévues par l'article L. 321-1 du même code, qui précisent que la couverture des frais de transport est limitée aux assurés ou à ses ayants droit « *se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale* » (2°) et que les IJ doivent être versées à l'assuré « *qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant (...) de continuer ou de reprendre le travail* » (5°) ;

– un nombre de prescriptions d'arrêts de travail ou d'une durée « *significativement supérieurs* » aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

– un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions des médecins exerçant, pour une activité comparable, dans le ressort de la même URCAM.

De plus, afin de garantir les droits de la défense mais également de s'assurer du bien-fondé de cette décision, il est prévu, d'une part, que le médecin puisse présenter ses observations et, d'autre part, que la décision soit prononcée après avis de la commission prévue par l'article L. 162-1-14 du même code, tel que résultant de l'article 13 du projet de loi, et à laquelle participeront des professionnels de santé.

Le médecin prescripteur peut néanmoins se dispenser de l'accord préalable de la caisse pour la couverture des frais de transports, dès lors qu'il atteste de l'urgence de la situation.

En cas de non-respect par le médecin des conditions prévues par l'article L. 321-1 précité, le directeur de la caisse peut également décider de suspendre, pour une durée maximale de six mois, la prise en charge des IJ et des frais de transport prescrits par celui-ci. Dans la mesure où ces dispositions pourraient conduire à priver des assurés du bénéfice de ces prestations, le présent article pose l'obligation pour le médecin d'informer ses patients de cette suspension de la prise en charge. Ces dispositions, qui pourront le cas échéant se cumuler avec les sanctions financières prévues par l'article 13 du projet de loi, permettront ainsi de mieux identifier les abus, qu'il s'agisse de prescriptions anormalement élevées ou encore de l'inadéquation entre les éléments médicaux et la durée prévue par les arrêts de travail, et contribuer ainsi à freiner la croissance des indemnités journalières.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

Le rapporteur ayant précisé qu'il ne convient pas de mêler les différents mécanismes, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant une nouvelle rédaction de l'article pour y introduire, notamment, une référence au caractère préalable des éventuelles sanctions prévues par les conventions.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement le 1° et le 2° de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard proposant une nouvelle rédaction du 2° de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale.

Mme Martine Billard a précisé que l'article, en l'état, est inapplicable et manque de cohérence. La possibilité d'une sanction sur le seul fondement du dépassement d'un niveau moyen de prescriptions n'est pas acceptable. Il s'agit d'une forme de réintroduction des sanctions collectives dénoncées par les syndicats de médecins lors de la discussion du « plan Juppé ». La mise en œuvre du dispositif risque d'imposer aux patients des changements fréquents du médecin traitant qu'elles auront dû déclarer, changements particulièrement difficiles à supporter pour les personnes âgées.

M. Xavier de Roux a objecté qu'il ne s'agit pas d'une sanction collective. Il convient en effet d'abord de démontrer l'existence d'un abus. En outre, un amendement dont l'examen est à venir prévoit toutes les précautions nécessaires.

Le rapporteur a souligné la nécessité d'une modification du régime des indemnités journalières afin de changer les comportements. Il y a là davantage un repérage statistique que l'apparition d'une sanction nouvelle.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le mot « significativement » dans le 2° de l'article, puis supprimant le 3° de l'article, enfin supprimant le même mot dans ce 3°.

La commission a *adopté* quatre amendements identiques de MM. Philippe Vitel, Jean-Luc Prével et Maxime Gremetz et de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le dernier alinéa de l'article 14, de façon à éviter la mise en œuvre d'une sanction de suspension de prise en charge des prescriptions de transport et d'arrêts de travail, après que **le rapporteur** a émis un avis favorable en notant que les patients n'ont pas à subir les conséquences des fautes des médecins.

Sont en conséquence *devenus sans objet* deux amendements identiques de précision de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, ainsi qu'un amendement de Mme Martine Billard remplaçant, dans le cas prévu au dernier alinéa de l'article 14, la suspension de prise en charge par la pénalité financière prévue à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'article 14 ainsi modifié.

Après l'article 14

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que la comparaison des prescriptions d'arrêt de travail s'effectue entre médecins exerçant dans des conditions équivalentes.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant un dispositif introduit dans la loi de financement de sécurité sociale pour 2004 et prévoyant la transmission aux services du contrôle médical des avis des médecins chargés par les employeurs de contrôler les arrêts de travail, **le rapporteur** ayant fait valoir que le contrôle médical continue à dépendre des caisses et que l'employeur n'a donc pas le pouvoir de faire tout seul déclarer injustifié un arrêt de travail.

Article 15

(articles L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 321-2 du code de la sécurité sociale)

Renforcement du contrôle des bénéficiaires d'indemnités journalières

Dans le prolongement des recommandations du rapport précité de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), cet article vise à renforcer le contrôle des arrêts de travail ainsi que les sanctions encourues par les assurés sociaux lorsqu'ils ne sont pas justifiés par leur état de santé.

Il est proposé à cet effet de modifier plusieurs articles du chapitre V concernant le contrôle médical¹ du titre I du livre troisième du code de la sécurité sociale.

¹ *Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité. Le service du contrôle médical est chargé notamment de constater les abus en matière de soins, de prescriptions d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.*

Actuellement, lorsque le service du contrôle médical estime qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, la caisse est tenue d'en suspendre le service après en avoir informé l'assuré, conformément à l'article L. 315-2 du même code. Or l'assuré peut recevoir de son employeur une indemnisation complémentaire aux indemnités journalières (IJ) versées par l'assurance maladie. Ce complément est par exemple obligatoire si le salarié justifie d'au moins trois ans d'ancienneté et ne relève pas d'une convention collective, d'un accord de branche ou d'entreprise.

Afin, selon l'exposé des motifs du projet de loi, « *de donner toute leur efficacité à une telle décision* », le **1°** du **paragraphe I** de cet article, qui modifie la rédaction du dernier alinéa de l'article L. 315-2, prévoit l'obligation pour la caisse d'assurance maladie, en cas de suspension des IJ, d'en informer également l'employeur. Celui-ci pourra alors suspendre, le cas échéant, le versement du complément d'indemnisation au salarié.

Le **2°** complète le même article L. 315-2 par un nouvel alinéa posant le principe général selon lequel tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles du service du contrôle médical, à défaut de quoi la caisse pourra suspendre le versement des IJ.

Il est cependant précisé que ces dispositions ne s'appliquent pas aux cas d'affection de longue durée (ALD) ou aux cas d'arrêts de travail ou de soins continus supérieurs à une durée déterminée, puisque ceux-ci font d'ores et déjà l'objet de mesures particulières de suivi et le cas échéant de sanctions, en application de l'article L. 324-1 du même code (qui prévoit notamment la possibilité de suspendre les prestations si l'assuré ne se soumet pas aux contrôles de la caisse).

Le **paragraphe II** de cet article a pour objet de modifier la rédaction de l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale afin de préciser que la caisse peut décider de convoquer l'assuré et procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés, au vu notamment de « *la fréquence des prescriptions d'arrêt* », et non plus uniquement « *au vu des dépenses présentées au remboursement* », comme c'est le cas aujourd'hui. Cette évaluation des soins est en effet importante en termes de maîtrise médicalisée des dépenses, puisqu'elle permet au service du contrôle médical d'établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés.

Il s'agit ce faisant d'inciter les caisses à contrôler davantage les arrêts de travail répétitifs, dans la mesure où seuls les arrêts de travail de longue durée (plus de six mois) sont actuellement systématiquement contrôlés.

Enfin, le **paragraphe III** de cet article modifie la rédaction du second alinéa de l'article L. 321-2 du même code, qui pose l'obligation pour l'assuré d'envoyer à sa caisse d'assurance maladie, dans un délai déterminé et « *sous les*

sanctions prévues dans son règlement intérieur », une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin.

Afin d'harmoniser les sanctions prises par les caisses lorsque l'assuré ne respecte pas ces dispositions et de renforcer ainsi la qualité et la rapidité des contrôles effectués, en particulier pour les arrêts de courte durée, il est proposé que les sanctions soient désormais fixées par décret, et non plus par chacun des règlements intérieurs des caisses primaires d'assurance maladie.

L'exposé des motifs du projet de loi précise enfin que ce dispositif sera complété par des mesures d'ordre réglementaire visant à faciliter l'accès des agents enquêteurs des échelons locaux du service médical (ELSM) au domicile de l'assuré, en faisant par exemple figurer sur le modèle d'avis d'interruption de travail les coordonnées téléphoniques de la personne contrôlée.

*

La commission a *rejeté* trois amendements de suppression de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Jean-Marie Le Guen et Maxime Gremetz.

La commission a examiné un amendement du **président Yves Bur** qui dispose que le contrôle médical vérifie, à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, l'identité du patient en lui demandant un document comportant une photographie, l'auteur ayant précisé que la disposition répond à une demande des directeurs de caisses.

Mme Martine Billard a émis des doutes sur l'utilité de cette mesure dès lors que la carte Vitale comportera une photographie.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe I de cet article, puis ses alinéas 1° et 2°.

La commission a *rejeté* trois amendements de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél prévoyant que le renouvellement des arrêts de travail est effectué par le médecin-conseil et non plus par le médecin traitant.

M. Olivier Jardé s'est demandé si cette disposition ne poserait pas des problèmes de délais. Mieux vaut un pouvoir d'opposition du médecin-conseil au renouvellement des arrêts de travail.

M. Richard Mallié a souligné que les services du contrôle médical ne remplissent pas correctement, actuellement, leur mission de contrôle des arrêts de travail.

M. Jean-Pierre Door a estimé que ce n'était pas aux médecins-conseil d'exercer cette tâche.

Le rapporteur a indiqué qu'un amendement à venir permet de répondre à la préoccupation d'améliorer le suivi du renouvellement des arrêts de travail. On doit également s'interroger sur la capacité des médecins-conseil à effectuer toutes les missions nouvelles dont le projet les charge.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Puis elle a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe III de l'article 15.

La commission a *adopté* l'article 15 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 15

(article L. 162-4-4 du code de la sécurité sociale)

Obligation de passer par le médecin prescripteur initial pour la prolongation d'un arrêt de travail

La commission a *adopté* un amendement portant article additionnel du **rapporteur** disposant que la prolongation d'un arrêt de travail doit être établie par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, sauf impossibilité, après que l'auteur a indiqué que c'est un moyen de lutter contre le nomadisme médical.

Article 16

(article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale)

Institution d'une procédure de récupération d'indus auprès des assurés

Cet article vise à permettre aux caisses d'assurance maladie de récupérer des prestations indûment versées aux assurés sociaux, en insérant un nouvel article L. 133-4-1 dans la section trois – « *Recouvrement des cotisations et versement des prestations* » – du chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale.

Cette procédure n'existe en effet aujourd'hui que pour les seuls professionnels de santé, conformément à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

Le **premier alinéa** du nouvel article L. 133-4-1 prévoit que les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou d'accident du travail et de maladie professionnelle pourront récupérer auprès de l'assuré la somme correspondant à la prestation qui lui a été indûment versée.

Ces dispositions ne s'appliquent cependant pas aux cas mentionnés à l'article L. 133-4 du même code, puisque celui-ci permet déjà aux caisses d'assurance maladie de récupérer l'indu auprès du professionnel concerné dans les « *cas d'inobservation de la nomenclature générale des actes professionnels, de la nomenclature des actes de biologie médicale, du tarif interministériel des prestations sanitaires, des règles de tarification des frais de transport* ». Il en va de même « *en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué, de facturation d'un dispositif médical ou de frais de transport non conforme à la prescription* ». Pour les mêmes raisons, la procédure instituée par le présent article ne s'applique pas aux autres situations dans lesquelles une récupération peut être effectuée auprès des professionnels de santé.

Dès lors que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, deux modalités de recouvrement de la somme indue sont prévues, y compris lorsque la prestation a été versée dans le cadre du tiers payant (ou dispense d'avance des frais) :

– *le prélèvement de retenues sur les prestations futures* de l'assuré, étant précisé que, s'il s'agit d'indemnités journalières, celui-ci en conservera un montant minimum fixé par décret, en raison de leur caractère de salaire de remplacement ;

– ou, si l'assuré le souhaite, *le remboursement intégral* de la créance en un seul versement.

Enfin, s'il se trouve dans une situation de précarité, le **second alinéa** de cet article permet à l'assuré de demander que sa dette soit prise en charge par le budget d'action sanitaire et sociale de sa caisse d'assurance maladie¹.

*

La commission a *rejeté* deux amendements de suppression de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le premier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements rédactionnels identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de l'assurance maladie dans le premier alinéa de l'article L. 133-4-1 du code de la sécurité sociale.

¹ En application de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, la CNAMTS est chargée d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des caisses primaires d'assurance maladie dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention des caisses de sécurité sociale gérant le risque accidents du travail dans cet article.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de la dispense d'avances des frais au même article.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz interdisant aux caisses de sécurité sociale de procéder par retenues sur les prestations sociales à venir pour récupérer des prestations indues.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard prévoyant que les sommes indues pourront être récupérées par un ou plusieurs versements plutôt que retenues sur les prestations à venir.

Le rapporteur a émis un avis favorable sous réserve d'un sous-amendement de précision.

La commission a *adopté* le sous-amendement, puis l'amendement ainsi sous-amendé.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant la mention de la possibilité de rembourser l'indu par un remboursement intégral de la dette en un seul versement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que les dispositions relatives aux récupérations des indus ne s'appliqueraient pas aux assurés mineurs.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz disposant que ces dispositions ne s'appliqueraient pas aux bénéficiaires de la CMU.

Elle a *rejeté* également deux amendements identiques des mêmes auteurs prévoyant que cet article ne s'appliquerait pas non plus aux assurés sociaux de plus de soixante ans.

Elle a enfin *rejeté* deux amendements identiques des mêmes auteurs précisant qu'il ne s'appliquerait pas aux actes relevant de la prévention.

La commission a *adopté* l'article 16 ainsi modifié.

Après l'article 16

La commission a examiné un amendement de Mme Michèle Tabarot prévoyant que les demandeurs de la protection complémentaire CMU seraient soumis à un contrôle systématique, *a priori* ou *a posteriori*, de leurs ressources, pour lequel le concours des services fiscaux pourrait être requis.

Le rapporteur a déclaré que cet amendement ne lui paraît pas nécessaire car l'obtention de la CMU est déjà subordonnée à la constitution d'un dossier établissant que le demandeur ne dispose pas de ressources suffisantes pour accéder aux soins. De plus, ce contrôle supplémentaire stigmatiserait les titulaires de la CMU comme des fraudeurs en puissance. Il semble préférable de prévoir des contrôles de suivi pour s'assurer que le niveau de ressources de l'intéressé n'a pas évolué.

Mme Michèle Tabarot a fait remarquer que la fréquence des fraudes conduit à une certaine méfiance vis-à-vis des personnes titulaires de la CMU. Si des contrôles sérieux étaient opérés, cette suspicion n'existerait pas.

M. Xavier de Roux a souligné que le bénéficiaire devait remplir des critères d'attribution. Il est dès lors nécessaire de cibler le suivi de l'attribution des prestations.

Mme Danièle Hoffmann-Rispal a déploré que de nombreux députés de la majorité répandent l'idée que les titulaires de minima sociaux sont des fraudeurs systématiques. Cette suspicion généralisée doit être combattue et il est inquiétant que des députés colportent des idées fausses.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen prévoyant que le gouvernement réunit tous les six mois une conférence nationale sur la politique du médicament afin de parvenir à une réduction de la consommation de 20 % en trois ans, **le rapporteur** ayant émis des doutes sur la portée de ce dispositif.

Section 4

Médicament

Article 17

(article L. 5121-1 du code de la santé publique)

Elargissement de la définition du générique

Le générique d'une spécialité de référence, dite *princeps*, est actuellement défini, par le 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, comme « *toute spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif,*

la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées ».

Il convient par ailleurs de rappeler que le *princeps* et ses génériques constituent un « groupe générique ». En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. Les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique.

Le présent article tend à élargir la définition du générique, en complétant la dernière phrase du 5° de l'article L. 5121-1, afin de préciser que « *les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont considérés comme un même principe actif* » dès lors qu'ils ne présentent pas des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité (essais pré-cliniques) ou de l'efficacité (essais cliniques).

Il s'agit, d'une part, de transposer les dispositions prévues par l'article 10 de la directive n° 2004/27/CE du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 modifiant la directive 2001/83/CE instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain. Son septième considérant souligne à cet égard qu'« *il y a lieu, notamment du fait des progrès scientifiques et techniques, de clarifier les définitions et le champ d'application de la directive 2001/83/CE de manière à assurer un niveau élevé d'exigences de qualité, de sécurité et d'efficacité des médicaments à usage humain* ».

Cet article permettra, d'autre part, de promouvoir le développement des génériques, en évitant que les industries pharmaceutiques ne mettent sur le marché des dérivés chimiques de leurs *princeps* dans le seul but d'affronter la concurrence des génériques, lorsque leurs brevets tombent dans le domaine public.

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Pierre Morange visant à transposer plus fidèlement la directive européenne 2004/27/CE en précisant que le demandeur doit apporter des informations complémentaires fournissant la preuve de l'efficacité et/ou de la sécurité des dérivés chimiques de principes actifs, **le rapporteur** ayant souligné le caractère perfectible de sa rédaction.

La commission a *adopté* l'article 17 sans modification.

Après l'article 17

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard précisant que les médecins sont tenus de libeller leurs prescriptions en dénomination

commune internationale, le **rapporteur** ayant considéré l'amendement comme intéressant mais faisant peser trop de charges sur les médecins.

Article 18

(articles L. 162-17, L. 162-17-1-1 et L. 162-17-4 et L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale et L. 5123-2 du code de la santé publique)

Amélioration de la qualité de la visite médicale et du conditionnement des médicaments

Cet article propose d'encadrer la promotion pharmaceutique auprès des médecins, de permettre le remboursement des médicaments importés et de mieux adapter aux traitements le conditionnement des médicaments.

L'amélioration de la qualité de la visite médicale

En raison notamment de la complexité et de l'abondance de l'information disponible, « *l'information sur la prescription médicamenteuse reste massivement dominée par les industries du médicament* », selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Cette situation résulterait notamment de « *l'effort considérable des industries pharmaceutiques pour la promotion du médicament (évalué à plus de 20 000 euros par praticien et par an), appuyé sur une connaissance fine du profil de chaque prescripteur, et relayé par le nombre très important de visiteurs médicaux (24 000 selon l'association des directeurs de la visite médicale)* ».

Or, si la promotion contribue incontestablement à l'information régulière des praticiens, la qualité de la visite médicale est dans la pratique assez variable. En particulier, les indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) ou ouvrant droit au remboursement, les avis de la commission de la transparence, les contre-indications ou les interactions médicamenteuses ne sont pas toujours communiqués au médecin.

Par exemple, si les recommandations de bonne pratique excluent les antibiotiques dans la prise en charge de la rhinopharyngite, sauf complications avérées d'origine bactérienne, il ressort d'une étude du CREDES¹ réalisée en août 2003 que la fréquence des visites médicales est corrélée positivement avec la prescription d'antibiotiques.

Certes, les dépenses de publicité des entreprises pharmaceutiques, consacrées aux trois-quarts à la visite médicale, sont taxées et contrôlées mais ce contrôle n'intervient essentiellement qu'*a posteriori* de la promotion et des supports de visite.

C'est la raison pour laquelle le nouvel article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale, tel qu'inséré par le **paragraphe I** de cet article, prévoit la conclusion entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament d'une « *charte de*

¹ Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé.

qualité des pratiques professionnelles » des personnes assurant la promotion des spécialités pharmaceutiques par prospection ou démarchage.

Si les parties ne parviennent pas à un accord avant le 31 décembre 2004, le **paragraphe II** de cet article prévoit que la charte sera définie par décret en Conseil d'Etat, mais l'objectif est bien d' « *engager collectivement les entreprises pharmaceutiques dans une amélioration de la qualité de la visite médicale* », aux termes de l'exposé des motifs du projet de loi.

Cette charte pourrait porter par exemple sur le respect par le visiteur médical des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), la diffusion des avis de la commission de la transparence, le rappel des indications qui peuvent ou non donner lieu à remboursement, ainsi que l'existence, le cas échéant, d'un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR).

En modifiant la rédaction de l'article L. 162-17-4 du même code relatif à la convention conclue entre l'Etat et les entreprises du médicament (LEEM), le **paragraphe III** de cet article permet de préciser la portée de la charte.

On rappellera au préalable qu'en application des orientations qu'il reçoit chaque année des ministres compétents, le CEPS peut actuellement conclure des conventions avec des entreprises sur les médicaments spécialisés, d'une durée maximum de quatre ans. Ces conventions déterminent les relations entre le CEPS et chaque entreprise, et en particulier le prix des médicaments, voire leur évolution, ainsi que « *les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect du volume des ventes* ».

Le 1^o du paragraphe II prévoit ainsi que les entreprises doivent, dans le cadre de cette convention, s'engager à respecter la charte et, pour garantir sa bonne exécution, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité avec la charte de la visite médicale qu'ils organisent.

Par coordination, le 2^o précise que c'est « *dans le respect de la charte* » que la convention doit définir les engagements de l'entreprise concernant la maîtrise de sa politique de promotion.

Les conditions de prise en charge des médicaments importés

Le paragraphe IV de cet article modifie la rédaction du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale afin d'étendre aux médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle les dispositions actuellement applicables en matière de remboursement aux médicaments spécialisés¹.

¹ En application de l'article L. 5121-8 du code de la santé publique, ce terme désigne « toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement, ainsi que tout générateur, trousse ou précurseur qui ne fait pas l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Communauté européenne en application du règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil du 22 juillet 1993 [et qui] doit faire

L'article L. 5124-13 du code de la santé publique prévoit en effet que l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) peut autoriser l'importation sur le territoire douanier des médicaments à usage humain, selon des modalités qui ont été définies par le décret n°2004-83 du 23 janvier 2004¹.

En conséquence, le paragraphe III de cet article prévoit que les médicaments importés parallèlement pourront être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine et dès lors qu'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Celle-ci doit préciser les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

De même, le **paragraphe V** de cet article modifie la rédaction de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique afin de préciser que l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments importés parallèlement sont limités aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'amélioration du conditionnement des médicaments

Les pharmaciens d'officine n'étant pas autorisés, pour des raisons sanitaires, à changer les présentations pharmaceutiques qu'ils reçoivent, les conditionnements existant sur le marché (souvent pour un mois) sont souvent inadaptés aux posologies et aux durées de traitement prescrites par les médecins, ce qui contribue à alourdir inutilement les dépenses de médicaments.

Le **paragraphe VI** de cet article propose donc d'insérer un nouvel article L. 162-17-1-1 dans le code de la sécurité sociale afin de préciser que les spécialités pharmaceutiques remboursables doivent être présentées sous des conditionnements appropriés au regard des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge par l'assurance maladie, de la posologie et de la durée du traitement.

Dans le même sens, l'exposé des motifs du projet de loi précise que des mesures d'ordre réglementaire permettront de mettre sur le marché des conditionnements mieux adaptés aux maladies chroniques (par exemple pour trois mois).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard disposant que la publicité sur les médicaments est réservée à la presse spécialisée.

Mme Martine Billard a souligné la nécessité de lutter contre les incitations en direction des médecins pour augmenter la vente des médicaments. Il s'agit non seulement de réduire globalement la consommation de médicaments mais aussi de réduire celle de médicaments inutiles.

l'objet avant sa commercialisation ou sa distribution à titre gratuit, en gros ou en détail, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'AFSSAPS. »

¹ Décret n° 2004-83 du 23 janvier 2004 relatif aux importations de médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : partie réglementaire).

Le rapporteur s'est déclaré défavorable au motif que, d'ores et déjà, seuls les médicaments dépourvus de service médical rendu peuvent bénéficier de publicité dans la presse généraliste.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, qui a estimé opportun de renforcer la dimension éthique de la charte de qualité des pratiques, la commission a *adopté* un amendement de Mme Michèle Tabarot lui donnant mission d'encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél précisant que la charte a aussi pour objet la hiérarchisation des prescriptions en fonction de la pathologie et la promotion des génériques.

Le président Yves Bur a *retiré* un amendement instituant une pénalisation financière pour les entreprises qui ne respecteraient pas les obligations découlant de la charte de qualité, après avoir précisé qu'il est préférable de menacer ces entreprises d'un retrait d'agrément.

La commission a *adopté* l'article 18 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 18

(article L. 126-1-14 du code de la sécurité sociale)

Logiciels d'aide à la prescription médicale

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que les logiciels d'aide à la prescription médicale sont certifiés par un organisme accrédité et respectent une charte de qualité établie par la Haute autorité de santé.

Après l'article 18

La commission a *rejeté* huit séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

– précisant que les entreprises sont tenues de demander le remboursement de leurs médicaments ;

– prévoyant le retrait de l'autorisation de mise sur le marché des médicaments sans service médical rendu ;

– réformant la procédure d'inscription sur la liste des médicaments remboursables pour les médicaments à service médical rendu ;

- prévoyant la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie des médicaments dont la mise sur le marché est autorisée ;
- créant un conseil national du médicament ;
- faisant coïncider l'autorisation de mise sur le marché et le dépôt d'une demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables ;
- attribuant à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé un rôle de contrôle et de surveillance de la valeur thérapeutique et du prix de mise sur le marché des médicaments ;
- créant un fonds d'aide au développement de la recherche sur les maladies rares et les maladies tropicales.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Section 1

Haute autorité de santé

Avant l'article 19

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz créant un conseil consultatif de l'assurance maladie.

Article 19

(articles L. 161-37 à L. 161-44 du code de la sécurité sociale)

Création de la Haute autorité de santé

Cet article propose de créer une Haute autorité de santé (HAS) afin, d'une part, d'améliorer l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes et des produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, de promouvoir le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des assurés sociaux.

Outre la nécessaire clarification des responsabilités des multiples intervenants dans ces domaines, il s'agit essentiellement de remédier à deux carences du dispositif actuel : l'insuffisante évaluation médicale des produits et actes médicaux inscrits au remboursement et la faible diffusion des référentiels médicaux et des recommandations de bonne pratique.

L'insuffisante évaluation médicale des produits et actes médicaux inscrits au remboursement

Qu'il s'agisse des médicaments, des dispositifs médicaux (par exemple, les prothèses ou les fauteuils roulants), des actes de biologie médicale ou des actes professionnels, la décision d'admission au remboursement relève aujourd'hui des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

S'agissant des médicaments, la liste des spécialités remboursables est arrêtée après avis de la commission de la transparence, en application de l'article R. 163-4 du code de la sécurité sociale. Gérée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), cette commission dispose aujourd'hui d'une réelle expertise technique, qui a été renforcée lors la récente réforme de sa composition par le décret du 26 septembre 2003. Ses vingt membres sont ainsi nommés « *en raison de leur compétence scientifique* ».

En revanche, la situation est un peu différente pour la commission d'évaluation de produits et prestations (CEPP), mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui est chargée de proposer la liste des dispositifs médicaux admis au remboursement. Cette commission est en effet composée d'experts, mais également de représentants des organismes d'assurance maladie et des représentants des fabricants et des distributeurs.

Surtout, les inscriptions au remboursement des actes de soins et d'analyse doivent en principe être précédés par les avis de la commission permanente de la nomenclature générale des actes professionnels et de la commission de nomenclature des actes de biologie, les ministres n'étant cependant juridiquement tenus de les saisir avant de se prononcer. Or, les dispositions de l'ordonnance de 1996, qui prévoyaient également la saisine pour avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) afin de renforcer le contenu médical de ces décisions, n'ont pas été mises en oeuvre, en l'absence de parution du décret d'application.

Ces deux commissions sont par ailleurs composées de représentants des professions concernées, de représentants des caisses de d'assurance maladie et de personnalités qualifiées. Il s'agit donc essentiellement de praticiens, qui auront à appliquer la nomenclature ou à la contrôler, et non pas de personnes nommées au titre de leur expertise scientifique.

La faible diffusion des référentiels médicaux et des recommandations de bonne pratique

L'élaboration et le suivi de référentiels médicaux et de recommandations de bonne pratique sont aujourd'hui essentiellement confiés à l'ANAES et à l'AFSSAPS, pour le médicament, même si d'autres acteurs interviennent également dans ce domaine (URML, sociétés savantes, caisses d'assurance maladie nomment). En particulier, le Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM), géré par l'AFSSAPS, est chargé de

participer au financement d'actions d'information et de communication en matière de bon usage des produits de santé et de stratégie thérapeutique.

L'ANAES est chargée de la diffusion des référentiels, à travers par exemple la presse spécialisée ou les entretiens confraternels entre les professionnels et les médecins conseils de l'assurance maladie, sans être toutefois tenue de rendre compte de l'efficacité des actions mises en œuvre dans ce dessein.

Et, de fait, comme l'a souligné le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *lorsque les référentiels existent, ils sont loin d'être uniformément appliqués* », en raison notamment de la diffusion insuffisante des référentiels mais également de la complexité de l'information disponible. En outre, il n'existe pas ou pas suffisamment de recommandations de bonne pratique dans certains domaines, par exemple pour les prescriptions d'arrêts de travail. Enfin, les actions d'information en direction du grand public sont encore limitées, notamment pour les risques présentés en termes de santé publique par la polymédication et les interactions médicamenteuses.

Le **paragraphe I** de l'article 19 du projet insère dans le titre VI – « *Dispositions relatives aux prestations et aux soins* » – du livre I^{er} du code de la sécurité sociale un nouveau chapitre I^{er bis}, consacré à la « *Haute autorité de santé* » et composé de huit nouveaux articles, L. 161-37 à L. 161-44.

Article L. 161-37 nouveau du code de la sécurité sociale

Statut et compétences de la Haute autorité de santé

Le *premier alinéa* de cet article prévoit que la Haute autorité de santé dispose du statut d'« autorité publique indépendante ». Cette notion juridique récente – créée par la loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003 de sécurité financière relative à l'Autorité des marchés financiers – lui permet ainsi d'être dotée de la personnalité morale et de disposer d'une grande autonomie fonctionnelle mais aussi financière. En effet, l'absence de personnalité morale restreint la capacité juridique des autorités administratives indépendantes (AAI), en limitant leur pouvoir de contracter, d'ester en justice ou leur autonomie financière.

Comme les AAI et conformément à la jurisprudence du Conseil constitutionnel¹, la Haute autorité de santé (HAS) constitue ainsi un organisme spécialisé placé en dehors des structures administratives traditionnelles et non soumis à un pouvoir hiérarchique.

On notera par ailleurs qu'il s'agit d'une autorité publique « *à caractère scientifique* », appellation *sui generis*, ce terme étant habituellement réservé aux établissements publics, qui souligne la mission générale d'expertise dont sera investie la Haute autorité de santé.

¹ Voir notamment les décisions du Conseil constitutionnel n° 86-217 du 18 septembre 1986 sur la loi relative à la liberté de communication et n° 89-260 du 28 juillet 1989 sur la Commission des opérations de bourse.

Les *deuxième* et *troisième* alinéas ont pour objet de définir les missions de la HAS.

– Il s’agit tout d’abord de l’évaluation périodique du service attendu et rendu de l’ensemble des produits, actes ou prestations de santé. La HAS doit également contribuer, par son expertise médicale, à l’élaboration des décisions prises dans le domaine du remboursement et des conditions particulières de prise en charge des soins pour les affections de longue durée (ALD).

– Il lui incombe également de veiller à l’élaboration et à la diffusion des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique et de contribuer à l’information des professionnels de santé et du public dans ces domaines. Dans ce cadre, l’article 20 du projet de loi prévoit de supprimer le FOPIM et de transférer ses droits et obligations à la HAS, au plus tard le 1^{er} janvier 2005.

Enfin, le *dernier alinéa* de cet article pose l’obligation pour la HAS de prendre en compte, dans l’exercice de ses missions, les objectifs pluriannuels de santé publique, prévus par le projet de loi relatif à la politique de santé publique, et le cadrage pluriannuel des dépenses d’assurance maladie.

Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale

Conditions d’exercice des compétences

Cet article précise en premier lieu que la Haute autorité peut décider, à tout moment, d’évaluer le service attendu ou rendu d’un produit, d’un acte ou d’une prestation de santé ou du service. Elle peut également être consultée sur le « *bien fondé* » et les conditions de remboursement d’un ensemble de soins ou d’une catégorie de produits ou prestations. Dans cet objectif, l’autorité dispose de la possibilité d’obtenir communication de toutes les informations nécessaires auprès des entreprises, des établissements, des organismes et des professionnels de santé.

Afin de renforcer la coordination entre ces instances et, ce faisant, l’efficacité de leurs actions, la Haute autorité de santé est chargée d’établir les orientations en vue de l’élaboration des recommandations de bonne pratique de l’ANAES et de l’AFSSAPS.

Par ailleurs, pour lui permettre d’exercer pleinement ses missions, il est proposé de permettre à la HAS :

– de saisir l’AFSSAPS d’une demande d’examen de la publicité d’un produit de santé auprès des professionnels de santé ;

– de disposer des informations transmises par les caisses d’assurance maladie, conformément à la réglementation applicable en matière de transmission et de traitement des données à caractère personnel.

Les articles L. 161-39 et L. 161-40 ont pour objet de préciser la composition de la Haute autorité afin de garantir son indépendance organique et de permettre à ses membres d'exercer sereinement leur mandat.

Article L. 161-39 du code de la sécurité sociale

Organisation en collège et en commissions spécialisées

Cet article prévoit la création d'un collège au sein de la Haute autorité de santé. Constituant l'un des traits caractéristiques communs à la plupart des autorités administratives indépendantes, cette composition collégiale permet en effet d'équilibrer l'influence des différentes instances de désignation, ce qui constitue un gage d'indépendance, et d'assurer une délibération collective sur des sujets sensibles ou des questions complexes, ce qui représente une garantie d'objectivité et de sérieux.

La HAS comprend également des commissions spécialisées, présidées par un membre du collège et auxquelles certaines de ses missions pourront être déléguées :

– la commission chargée d'établir la « liste des produits agréés », c'est-à-dire la liste des produits utilisés par les collectivités publiques qui sont admis au remboursement, conformément à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, c'est-à-dire actuellement la commission de la transparence ;

– la commission d'évaluation des produits et prestations, ses attributions, comme celles de la commission de la transparence, pouvant être exercées par le collège ;

– les autres commissions créées par la HAS, qui précisera également leur composition et leurs règles de fonctionnement.

Article L. 161-40 du code de la sécurité sociale

Désignation et durée du mandat des membres du collège

Cet article prévoit que le collège de la Haute autorité de santé se compose de huit membres, choisis « *en raison de leurs qualifications et de leur expérience* » dans ses domaines de compétences ; deux sont nommés par le Président de la République, deux par le Président du Sénat, deux par le Président de l'Assemblée nationale et deux par le Président du Conseil économique. Les membres du collège ainsi que son président sont nommés par décret du Président de la République.

La durée du mandat des membres du collège, renouvelable une fois, est de **six ans** à compter de leur nomination, comme c'est par exemple le cas du Médiateur de la république, des membres du Conseil de la concurrence ou du Conseil supérieur de l'audiovisuel.

En cas de vacance d'un siège, il est procédé à son remplacement pour la durée du mandat. La règle de renouvellement ne sera cependant pas appliquée lorsque le mandat a été exercé pour une durée inférieure à deux ans. Enfin, il est précisé que le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

Article L. 161-41 nouveau du code de la sécurité sociale

Personnel des services

Cet article précise que les services de la HAS sont placés sous l'autorité d'un **directeur** nommé par le président du collège, après avis de celui.

Il est également prévu que, sur proposition du directeur, le collège fixe le règlement intérieur des services et le cadre général des rémunérations du personnel. Le président du collège représente la Haute autorité de santé en justice et dans tous les actes de la vie civile et peut donner mandat à cet effet au directeur.

S'agissant du personnel de la HAS, il pourra comporter des agents contractuels de droit public, des salariés de droit privé ainsi que des agents de droit privé régis par un statut fixé par décret ou par les conventions collectives des organismes de sécurité sociale. En outre, des agents publics pourront être mis à la disposition de la Haute autorité de santé, dans une position prévue par leur statut et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Il est par ailleurs précisé que les dispositions du code du travail concernant les délégués du personnel, l'exercice du droit syndical, les comités d'entreprise et les comités d'hygiène et de sécurité¹ s'appliquent au personnel de la Haute Autorité, mais pourront être adaptées par décret en Conseil d'Etat, dès lors que les requièrent les conditions de travail spécifiques à la Haute autorité et les différentes catégories de personnel qu'elle emploie.

Article L. 161-42 nouveau du code de la sécurité sociale

Règles déontologiques applicables aux membres et au personnel de la HAS

Cet article prévoit que les membres de la Haute autorité, le personnel, mais également les personnes qui collaborent, y compris occasionnellement, à ses travaux, sont soumis à des règles déontologiques strictes afin de prévenir tout conflit d'intérêts. Ces règles, définies par l'article L. 5323-4 du code de la santé publique, portent notamment sur le secret et la discrétion professionnels, l'interdiction de traiter une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect ou encore, à leur entrée en fonction, l'établissement d'une déclaration faisant état de leurs relations avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans le champ de compétence de la Haute autorité.

¹ Dispositions prévues par les articles L. 412-1, L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail.

Par décret en Conseil d'Etat, ces dispositions peuvent néanmoins faire l'objet d'adaptations rendues nécessaires par les missions, l'organisation ou le fonctionnement de la Haute Autorité.

Article L. 161-43 nouveau du code de la sécurité sociale

Autonomie financière

Cet article pose le principe de l'autonomie financière de la Haute autorité de santé, dont le budget est arrêté par le collège sur proposition du directeur.

Ainsi, ses ressources seront constituées notamment par :

- des subventions de l'Etat ;
- une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du même code ;
- le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;
- une fraction de 10 % du produit des contributions des entreprises de préparation de médicaments et des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, prévues aux articles L. 245-1 à L. 245-6 du même code ;
- le montant des taxes d'inscription au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux, prévues par les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;
- des produits divers, des dons et legs.

Article L. 161-44 nouveau du code de la sécurité sociale

Conditions d'application

Cet article prévoit que les modalités d'application des dispositions prévues par ce nouveau chapitre I^{er} *bis* seront fixées par décret en Conseil d'Etat, et en particulier les conditions dans lesquelles la HAS procédera aux évaluations et aux avis mentionnés à l'article L. 161-37 ainsi que les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé.

Le **paragraphe II** précise enfin que quatre membres, dont les mandats prendront fin à l'issue d'un délai de trois ans, seront désignés par tirage au sort lors de la constitution de la Haute autorité.

*

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'article.

Le rapporteur s'est déclaré choqué par la motivation de l'amendement qui présente la Haute autorité de santé comme un outil au service du rationnement des soins alors qu'il s'agit d'une structure d'expertise scientifique chargée de recueillir toutes les données et de les évaluer.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe I de l'article.

Article L. 161-37 du code de la sécurité sociale

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen transformant la dénomination de la Haute autorité de santé en « Conseil scientifique de santé ».

M. Simon Renucci a précisé qu'il convient de modifier le nom de la structure créée par l'article 19 afin de souligner la priorité de son caractère d'instance scientifique sur son rôle économique.

Mme Martine Billard a fait observer que la multiplication des nouvelles structures et l'absence d'articulation entre les textes existants et les dispositions nouvelles rendent l'ensemble fortement incohérent.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* cinq séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- supprimant l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale ;
- supprimant le mot « indépendante » à cet article ;
- supprimant le 1^o de cet article ;
- supprimant la fin de ce 1^o ;
- supprimant le 2^o de cet article.

La commission a examiné un amendement de Mme Martine Billard précisant que le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) est associé aux actions d'information sur les bonnes pratiques de la Haute autorité.

Mme Martine Billard a indiqué qu'il est nécessaire de renforcer les moyens des outils tels que l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et le FOPIM, contrairement au projet de loi qui entend les supprimer ou, du moins, ne pas les renforcer.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions confiant à la Haute autorité la responsabilité de veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique et de procéder à leur diffusion.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur modifiant la rédaction du début du troisième alinéa de cet article (2°), **le rapporteur** ayant indiqué qu'il s'agit de clarifier la répartition des missions entre la Haute autorité et les agences sanitaires. En particulier, la Haute autorité n'a pas à procéder directement à la diffusion des bonnes pratiques.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff complétant les missions de la Haute autorité de santé en matière de prévention.

La commission a examiné quinze séries de deux amendements identiques Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, confiant à la Haute autorité la mission de mener une réflexion sur les thèmes suivants :

- la création d'une contribution sociale sur les actifs financiers des entreprises ;
- la gratuité des soins ;
- la généralisation des actes et consultations de prévention ;
- le développement de l'éducation à la santé ;
- la réforme des cotisations sociales prenant en compte la valeur ajoutée globale ;
- l'amélioration du niveau de remboursement général par l'assurance maladie ;
- le développement de la recherche en matière de santé et de prévention ;
- la prise en charge d'une visite médicale annuelle de médecine préventive tout au long de la vie ;
- le suivi des vaccinations et des actes de dépistage ;
- la visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés ;
- la garantie de la liberté du choix des praticiens ;
- la gratuité des consultations et des soins induits par la médecine scolaire, ainsi que des examens de prévention pour les adultes ;

- la gratuité des soins pour les malades atteints de maladies longues et coûteuses ;
- la prise en charge intégrale des soins faisant suite à l’hospitalisation ;
- la suppression du secteur II à honoraires libres et des lits privés dans l’hôpital public ;

Le rapporteur ayant déclaré que toutes ces missions éloigneraient la Haute autorité de sa mission d’expertise scientifique, la commission a *rejeté* ces amendements.

Suivant l’avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Michèle Tabarot confiant à la Haute autorité de santé la mission de participer à l’élaboration d’un programme d’apprentissage des bonnes pratiques en milieu scolaire.

La commission a examiné trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prével supprimant le dernier alinéa de l’article L. 161-37.

M. Olivier Jardé a expliqué que la Haute autorité ne doit pas avoir de rôle économique.

Le rapporteur ayant approuvé l’esprit de ces amendements mais indiqué que la rédaction de l’amendement ultérieur de M. Jean-Marie Le Guen est préférable, l’amendement de M. Jean-Luc Prével a été *retiré* et les deux autres ont été *rejetés*.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur corrigeant une erreur matérielle.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen supprimant la notion de cadrage pluriannuel des dépenses d’assurance maladie dans les éléments dont la Haute autorité devra tenir compte.

M. Simon Renucci a souligné que la nouvelle structure doit rester une instance scientifique et ne doit pas rendre des avis en fonction de critères économiques.

M. Jean-Marie Le Guen a ajouté qu’il faut clarifier les instances responsables et les objectifs en matière de qualité des soins d’un côté et de contrôle des dépenses de l’autre.

Suivant l’avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* l’amendement.

La commission a examiné un amendement du rapporteur prévoyant qu’un rapport annuel d’activité de la Haute autorité de santé sera transmis au Parlement.

Le rapporteur a précisé que ce rapport devra porter notamment sur les travaux des commissions spécialisées et sur les actions de diffusion des référentiels et d'information des professionnels de santé et des assurés.

Le président Yves Bur ayant suggéré de fixer une date limite, le 1^{er} juillet de chaque année, pour la transmission de ce rapport, la commission a *adopté* ce sous-amendement, puis l'amendement ainsi sous-amendé.

En conséquence, un amendement de M. Pierre Morange, dont l'objet était identique, a été *rejeté*.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que les décisions et communications de la Haute autorité seront transmises à la conférence nationale de santé.

Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, elle a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prétel disposant que la Haute autorité décide des conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou d'une catégorie de prestations, le projet prévoyant seulement une consultation éventuelle sur le bien-fondé et les conditions de leur prise en charge.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange permettant à l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) de déclencher la consultation susmentionnée.

Le rapporteur s'est déclaré favorable, sous la réserve d'introduire le mot « notamment » afin que l'UNCAM ne soit pas seule à pouvoir saisir la Haute autorité.

La commission a *adopté* le sous-amendement, puis l'amendement ainsi sous-amendé.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* un amendement de M. Pierre Morange étendant la consultation susmentionnée aux protocoles de soins.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel précisant que les informations communiquées à la Haute autorité par les entreprises et professions de santé devront préalablement être rendues anonymes.

M. Philippe Vitel a précisé que les travaux de la Haute autorité ne justifient pas que les données lui soient communiquées sous forme nominative.

M. Xavier de Roux ayant fait observer que ce point soulève tout le problème de la confidentialité des données, **le rapporteur** s'est déclaré favorable à une disposition qui renforce les garanties apportées aux droits des personnes.

La commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *adopté* deux amendements du rapporteur, le premier rappelant la répartition des missions entre la Haute autorité et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et le second précisant que l'Institut des données de santé est également tenu de transmettre à la Haute autorité les informations nécessaires à sa mission.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél disposant que les informations transmises par les caisses d'assurance maladie à la Haute autorité le sont après avoir été rendues anonymes.

Le rapporteur s'est interrogé sur la nécessité de l'amendement dès lors qu'il est précisé que cette transmission se fait dans le respect des règles relatives au traitement des données à caractère personnel.

M. Xavier de Roux a observé que cette dernière précision n'entraîne pas forcément l'anonymat.

Après que **le rapporteur**, considérant que deux précautions valent mieux qu'une, a donné un avis favorable, la commission a *adopté* l'amendement.

Article L. 161-39 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-39.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Pierre Morange disposant que le programme de travail de la Haute autorité de santé est déterminé par son collège sur proposition de l'UNCAM, le rapporteur ayant souhaité que la haute autorité conserve toute son indépendance.

Article L. 161-40 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-40.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél redéfinissant les modalités de nomination des membres du collège et prévoyant un processus de révocation avec intervention du Parlement.

M. Jean-Luc Prél a souligné que le mode de désignation retenu par le projet pour les membres du collège est comparable à celui prévu pour des autorités telles que le Conseil constitutionnel ou le Conseil supérieur de l'audiovisuel, qui disposent d'un véritable pouvoir de décision. Ce n'est pas le cas de la Haute

autorité de santé qui est une instance scientifique à vocation consultative. Il serait donc préférable de modifier le mode de désignation de ses membres, comme le propose cet amendement ainsi que l'amendement suivant.

M. Jean-Marie Le Guen a approuvé M. Jean-Luc Prél en dénonçant la confusion dont font l'objet tant la dénomination de la Haute autorité que les modalités de nomination de ses membres. Si l'on souhaitait vraiment mettre en place une haute autorité dont les avis s'imposent à la société, notamment en matière de panier de soins, il fallait rendre ces avis opposables. Comme ce n'est pas le cas, la haute autorité est une simple autorité scientifique qui doit, dès lors, être composée comme les autres autorités de ce type (Collège de France par exemple). Jamais jusqu'à présent les autorités politiques n'étaient intervenues dans la désignation d'instances scientifiques. Quel crédit pourra avoir « le scientifique » du Président de la République ? Il conviendrait donc de préférer une gestion et une désignation du collège par des pairs.

M. Xavier de Roux a réfuté l'accusation de confusion car la Haute autorité n'est pas une simple instance de consultation, mais bien une instance dotée du pouvoir de « faire ». Quant au choix de ses membres, l'article précise clairement qu'il est fondé sur leurs qualifications et leur expérience.

M. Jean-Luc Prél a rappelé, pour le déplorer, que la commission a rejeté son amendement précédent qui prévoyait de doter la Haute autorité de santé d'un véritable pouvoir de décision. En conséquence, la Haute autorité n'aura pas plus de pouvoirs que l'actuelle commission de la transparence – elle évaluera, mais ne décidera pas en dernier ressort –, ce qui ne justifie pas le mode très solennel de nomination de ses membres.

Le rapporteur a souligné l'imprécision de la rédaction de l'amendement, s'interrogeant sur les notions de « renommée internationale » et de « consensus scientifique » en tant que critères de choix des membres du collège. Par ailleurs, en ce qui concerne ses missions, la Haute autorité n'est pas appelée à « faire » directement mais plutôt à « faire faire », notamment en matière d'évaluation. L'article est tout à fait satisfaisant dans sa rédaction actuelle et il n'est pas nécessaire de le compliquer.

L'amendement a été *rejeté*.

La commission a également *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél proposant une nomination des membres du collège par l'Académie de médecine, l'Académie de chirurgie, l'Académie de pharmacie et l'INSERM.

Article L. 161-41 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-41.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le renvoi possible au décret de la définition du statut des personnels de droit privé de la Haute autorité.

Article L. 161-42 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-42.

Article L. 161-43 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-43.

Sur avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant l'affectation partielle à la Haute autorité de la contribution sur les frais de promotion des entreprises pharmaceutiques, afin de conserver au Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) ses moyens propres de financement.

Article L. 161-44 nouveau du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article L. 161-44.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article 19.

Puis la commission a *adopté* l'article 19 ainsi modifié.

Article 20

(articles L. 165-1 du code de la sécurité sociale, articles L. 4001-1, L. 4001-2, L. 5123-3 à L. 5123-5, L. 5211-5-1 et L. 5311-2 du code de la santé publique)

Transfert à la Haute autorité de santé de certaines compétences de l'AFSSAPS

Composé de trois paragraphes, cet article vise à préciser les conditions de mise en place de la Haute autorité de santé et plus précisément son articulation avec les structures actuellement compétentes dans ses domaines d'intervention.

Le transfert des compétences de l'AFSSAPS concernant les propositions d'admission au remboursement

Le **paragraphe I** de cet article a pour objet de modifier la rédaction de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale relatif à la *commission d'évaluation des produits et prestations* (CEPP), dont les travaux portent essentiellement sur les dispositifs médicaux et qui est actuellement gérée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Le 1° de ce paragraphe prévoit tout d'abord de confier son secrétariat à la Haute autorité de santé (HAS) afin de mettre les dispositions prévues par l'article L. 165-1 en cohérence avec l'article L. 161-39 du même code, tel qu'inséré par l'article 19 du projet de loi, qui prévoit que la CEPP constituera une commission spécialisée de la HAS.

Le 2° abroge par ailleurs le dernier alinéa de l'article L. 165-1 précité, qui prévoit la remise au Parlement du rapport d'activité de la CEPP, sans que le projet de loi ne précise pour autant que la Haute autorité de santé sera chargée d'établir un rapport analogue.

Le **paragraphe II** de cet article porte principalement sur les compétences actuellement confiées à *la commission de la transparence*.

Le 1° de ce paragraphe, qui modifie l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, prévoit ainsi de confier à une commission spécialisée de la HAS le soin de proposer la « liste des produits agréés », c'est-à-dire la liste des médicaments utilisés par les collectivités publiques qui sont pris en charge par l'assurance maladie. Cette liste, qui est actuellement proposée par la commission de la transparence, est ensuite établie par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Le présent article précise également que la composition et le fonctionnement de la commission seront fixés par décret en Conseil d'Etat, et non plus par décret simple.

De même que pour la CEPP, les dispositions de l'article L. 5123-4 du code de la santé publique prévoyant le dépôt au Parlement du rapport d'activité de cette commission sont supprimées.

Par cohérence avec l'article 19 du projet de loi, le 2° abroge le dernier alinéa de l'article L. 5123-4 du même code, qui précise actuellement que les modalités d'inscription sur la liste des produits agréés sont fixées par le règlement intérieur de la commission.

Le 3° propose par ailleurs de transférer, de l'AFSSAPS à la Haute autorité de santé, le *recouvrement des redevances d'inscription au remboursement* des médicaments et des dispositifs médicaux, respectivement prévues par les articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du même code.

Enfin, le 4° du II supprime les dispositions prévues par le 5° de l'article L. 5311-2 du code de la santé publique qui confie à l'AFSSAPS le fonctionnement de la commission de la transparence.

Le transfert des compétences de l'AFSSAPS concernant la gestion du FOPIM

En application des articles L. 4001-1 et L. 4001-2 du code de la santé publique, le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) est actuellement chargé de financer ou de participer au « *financement*

d'actions d'information et de communication en matière de bon usage des produits de santé et de stratégie thérapeutique, notamment de prescription et de dispensation médicamenteuse ».

L'article 66 du projet de loi relatif à la politique de santé publique, tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en seconde lecture le 27 avril dernier, prévoit par ailleurs d'étendre les compétences du FOPIM au financement d'actions d'information en direction du grand public et non plus des seuls professionnels de santé.

Par cohérence avec l'article 19 du projet de loi qui confie à la Haute autorité de santé la mission de « *veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique et procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines* ⁽¹⁾ », le **paragraphe III** de cet article propose en conséquence de supprimer le FOPIM en abrogeant les articles L. 4001-1 et L. 4001-2 précités, à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat, et en tout de cause avant le 1^{er} janvier 2005. Il incombera dès lors à la Haute autorité de santé de reprendre les droits et obligations de l'AFSSAPS au titre du FOPIM.

*

La commission a *rejeté* trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen de suppression de l'article.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les paragraphes I et II de l'article.

La commission a *rejeté* trois amendements de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe III de l'article.

La commission a *adopté* l'article 20 sans modification.

Section 2

Respect des objectifs de dépenses

Chacun convient qu'une part importante de la faillite financière de notre système d'assurance maladie tient à son absence de pilotage effectif. Cette situation résulte pour l'essentiel de la nature même des dépenses en cause : par définition, le financement des soins ne saurait reposer sur des crédits limitatifs comme c'est le cas du budget de l'État. Pour autant, alors que la difficile maîtrise des dépenses s'est muée en dérapage généralisé et incontrôlé, voire exponentiel, faut-il se borner, fataliste, à en dresser le constat ?

¹ Conformément au 2° de l'article L. 161-37 tel qu'inséré par le I de l'article 19 du projet de loi.

En répondant, comme il se doit, par la négative, la présente section prévoit de mettre en place deux mécanismes simples et cohérents de pilotage des dépenses : en amont, par l'association étroite des caisses à la préparation de la loi de financement et, en aval, par la création d'un comité de suivi infra-annuel des comptes doté d'un rôle d'alerte.

Avant l'article 21

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen portant création d'un office parlementaire de contrôle et de suivi de l'assurance maladie.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que le projet de loi, à travers la réforme de la gouvernance de l'assurance maladie, crée, en la personne du directeur général de l'UNCAM, un « superman » chargé de gérer environ 130 milliards d'euros sans avoir de comptes à rendre à personne. La faculté pour le conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) de s'opposer à sa nomination par une majorité des deux tiers de ses membres est une mesure d'habillage sans portée réelle. Il apparaît donc tout à fait nécessaire de créer une structure parlementaire pour assurer le suivi et le contrôle de l'assurance maladie. Pour que la réforme soit efficace, le directeur général doit être légitime, ce qui ne sera pas le cas si aucun contrôle parlementaire n'est instauré.

Le rapporteur a rappelé qu'il existe à l'Assemblée nationale et au Sénat des commissions des affaires sociales dont le rôle est notamment d'assurer ce contrôle. La création d'un office n'a de sens que pour des sujets qui ne correspondent pas aux compétences spécifiques des commissions. Par ailleurs, le directeur général n'est pas omnipotent puisque le projet de loi prévoit qu'il rend compte au conseil d'administration de la CNAMTS en fin d'exercice.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que malgré l'habillage du texte, il n'y a pas de réel contrôle de l'action du directeur général. Le conseil de surveillance de la CNAMTS est défaillant de ce point de vue. La réponse du rapporteur, qui se trouve être également le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, est légitime mais on sait que la commission n'est pas aujourd'hui suffisamment outillée, organisée et mobilisée pour contrôler efficacement les comptes sociaux. Les parlementaires doivent disposer de moyens spécifiques conséquents, à l'instar de ceux mis à leur disposition quand ils participent au conseil de surveillance de la Caisse des dépôts et consignations.

Le président Yves Bur a suggéré que ce contrôle soit assuré en accordant des compétences renforcées aux rapporteurs des commissions des affaires sociales et des finances sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale. On pourrait aussi envisager la création d'une mission d'évaluation et de contrôle

spécifique à l'assurance maladie, du type de celle fonctionnant à la commission des finances.

M. Jean-Marie Le Guen a observé que, dans tous les cas, il faudra se doter des moyens financiers suffisants et de personnels exclusivement dédiés à cette tâche.

M. Gérard Bapt a souligné que le projet de loi écarte totalement le Parlement du dispositif de contrôle des comptes, en dehors du vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Chacun connaît cependant les limites de cet exercice et des moyens de contrôle des rapporteurs. Quant à la mission d'évaluation et de contrôle, elle ne peut remédier à cette situation puisqu'elle travaille sur des missions temporaires successives. Les comptes de la sécurité sociale doivent faire l'objet d'un contrôle permanent par le Parlement et la création d'un office répondrait à cette nécessité. Aujourd'hui, les commissions des finances et des affaires sociales ne mènent aucun travail en commun, ni sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale, ni sur le budget de la santé. C'est bien aux parlementaires de prendre l'initiative en la matière.

M. Jean Le Garrec a également considéré que le conseil d'administration de la CNAMTS n'est pas l'instance la mieux à même de contrôler l'action de son directeur général. Quant aux commissions parlementaires, on sait bien que le rôle et les pouvoirs des rapporteurs budgétaires et des rapporteurs sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale sont très limités. Compte tenu de l'importance des masses financières, mais également de la complexité des financements et des acteurs, les comptes de la sécurité sociale sont bien plus difficiles à contrôler que le budget de l'Etat. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale a cherché depuis quelques années à progresser dans ce contrôle en demandant chaque année à la Cour des comptes d'étudier des thèmes spécifiques, mais elle ne dispose pas des moyens nécessaires pour assurer, en aval, le suivi des mesures votées et des évolutions proposées.

On peut bien sûr discuter de la forme de l'instance de contrôle proposée, de ses pouvoirs et de sa composition. Mais, en tout état de cause, ce sujet doit être sérieusement travaillé afin de pouvoir aboutir à une proposition en séance publique.

M. Claude Evin a relevé la multiplication, depuis une décennie et particulièrement depuis les ordonnances de 1996, des structures de contrôle et de surveillance. Il est temps de revoir la cohérence de l'ensemble. Il faut recentrer le contrôle et le rendre plus efficient. Seul le Parlement, en se dotant d'un outil adapté, peut remplir cette mission à la condition de disposer des moyens nécessaires en personnel. De fait, les moyens de la commission des finances sont sensiblement supérieurs à ceux de la commission des affaires sociales, alors qu'elles disposent en principe des mêmes prérogatives.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé la critique faite par le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de la sous-administration d'un secteur qui gère pourtant 130 milliards d'euros. Si le Parlement ne se dote pas des moyens d'assurer le contrôle de ce secteur, il entérine son propre déclin.

M. Jacques Domergue a jugé qu'une volonté politique forte est nécessaire pour imposer un véritable système de contrôle des comptes de la sécurité sociale, sur lesquels le Parlement a naturellement vocation à se prononcer.

Le rapporteur a observé que l'on ne peut faire abstraction des organes de contrôle extérieurs à l'Assemblée nationale qui existent déjà, comme le conseil de surveillance de la CNAMTS. Par ailleurs, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales dispose d'un rapporteur sur l'assurance maladie dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et, plus largement, d'un noyau de députés compétents, même si leur activité n'est pas formellement coordonnée. De son côté, la commission des finances dispose d'un rapporteur pour avis, dont cependant les travaux ne sont pas articulés avec ceux de la commission des affaires sociales. Il faut effectivement réfléchir au moyen d'assurer un meilleur contrôle et un meilleur suivi. Il y a consensus sur ce point. Il serait préférable que l'amendement soit retiré, afin de travailler à une proposition consensuelle d'ici l'examen du texte en séance publique.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que ce débat a pour objet la capacité collective des élus à faire évoluer le rôle du Parlement, qui n'a pas aujourd'hui les moyens de contrôler le budget de l'assurance maladie. L'amendement pourrait être retiré à la condition qu'une proposition concrète de création d'une structure *ad hoc* voie le jour.

M. Hervé Mariton a estimé que la multiplication des lieux de contrôle atténue la portée du contrôle lui-même, car les organismes contrôlés peuvent jouer de cette multiplication. La question posée est bien celle des structures de contrôle au sein de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. A cet égard, la commission des finances s'est dotée de la mission d'évaluation et de contrôle (MEC) et la création au sein de la commission des affaires sociales d'une structure comparable pourrait être une réponse. La question des moyens humains n'est pas impossible à régler.

M. Jean-Marie Le Guen a retiré l'amendement.

Article 21

(article L. 111-11 du code de la sécurité sociale et article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003)

Association des caisses à la préparation du budget de l'assurance maladie

Étant placé parmi les dispositions figurant en tête du code de la sécurité sociale, dans le titre I^{er} du livre I^{er}, juste après les dispositions organiques relatives

aux lois de financement, le **paragraphe I** du présent article constitue à lui seul un chapitre I^{er} *ter* du code, intitulé *Dispositions relatives aux objectifs de dépenses*. L'importance ainsi conférée à ces objectifs doit être soulignée.

De fait, la rédaction proposée tient davantage du mécanisme de portée générale que de l'outil concret de gestion. Il est ainsi proposé que chacune des caisses nationales transmette « *avant le 30 juin* » – de chaque année, conviendra-t-il de préciser pour la bonne forme – « *des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.* » Sans solliciter outre mesure le texte, il est possible de voir dans cette procédure nouvelle une transposition, à l'échelle des comptes de la seule assurance maladie, du débat d'orientation budgétaire expérimenté en 1990 à l'Assemblée nationale pour le budget de l'Etat, avant d'être généralisé à partir de 1996 puis institutionnalisé par la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances.

La formulation proposée pour l'article L. 111-11 (nouveau) du code de la sécurité sociale appelle plusieurs commentaires.

– Par « *caisses nationales* » il faut entendre la CNAMTS, la CNAM et la CCMSA, même si la lettre du texte ne le précise pas. La gestion uniformisée du risque maladie, dont le présent projet renforce la cohérence, est ici un atout. Le texte précise, au II de l'article 30, qui récrit l'article 221-3 du code de la sécurité sociale, que le conseil de la CNAMTS est l'autorité compétente pour émettre les propositions relatives aux charges et aux produits. Peut-être faudrait-il, pour respecter la cohérence portée par le projet, confier à l'union nationale des caisses d'assurance maladie créée à l'article 31, et non aux caisses nationales prises séparément, le soin de formuler ces propositions. Qu'advierait-il en effet en cas d'avis divergents des caisses ? Le pluriel « *des propositions* » semble exclure que les caisses nationales se concertent en vue d'adopter une proposition commune.

– C'est une responsabilité très étendue qui est ainsi confiée aux caisses et il faut souhaiter qu'elles l'utilisent à plein. D'une certaine manière, cette procédure a valeur de test de la capacité des caisses à gérer effectivement le système. Leurs conseils, à la composition désormais très large, auront ainsi chaque année la possibilité de proposer au ministre, en temps utile pour la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, dans l'hypothèse plus que probable d'une nécessaire réduction du déficit de l'assurance maladie : une augmentation des cotisations d'assurance maladie pesant sur les salariés et/ou les employeurs, un relèvement de la CSG ou des autres recettes affectées à l'assurance maladie, une réduction du périmètre de prise en charge des soins ou toute autre mesure de rationalisation de l'offre, voire de réduction du niveau de remboursement. Encore le conseil de chaque caisse devra-t-il trouver en son sein un accord sur les mesures à proposer. Le rôle du directeur général sera sans doute crucial à cet égard.

– Aucune sanction de l’absence de transmission de la prévision dans les délais n’est prévue, ce qui apparaît comme le pendant du caractère purement indicatif de la proposition, mais aussi du fait que les caisses sont laissées libres de s’emparer ou non de leur responsabilité nouvelle.

– Le « *cadrage financier pluriannuel des dépenses d’assurance maladie* » n’est pas défini ailleurs dans le texte, mais mentionné aux articles 19 et 28. Cette expression évoque le programme pluriannuel de finances publiques transmis chaque année par le Gouvernement à la Commission européenne, dont on sait qu’il contient une prévision d’évolution à trois ans du besoin de financement des administrations publiques au sens du Traité instituant la Communauté européenne – lequel comprend un solde financier des « administrations de sécurité sociale ».

Lors de leur audition par la commission spéciale, les ministres ont indiqué qu’une modification de la loi organique du 22 juillet 1996¹ devait prochainement intervenir afin de prévoir explicitement la définition d’un tel cadrage pluriannuel, afin de dépasser la stricte annualité des lois de financement. Le rapporteur souscrit pleinement à l’inscription d’une telle perspective dans le présent projet pour, en quelque sorte, prendre date. Mais par ailleurs, donner une réelle crédibilité aux propositions émises suppose de prévoir un moyen d’accès aux études de la direction de la sécurité sociale et de la direction de la prévision et de l’analyse économique, ce qu’il conviendrait peut-être de prévoir dès à présent.

À défaut de recevoir une traduction dans la loi, toutes les précisions souhaitées devront figurer dans le décret mentionné au dernier alinéa de l’article L. 111-11. C’est dans cet esprit que s’inscrivent les amendements du rapporteur.

La dernière phrase du premier alinéa de l’article L. 111-11 prévoit une articulation entre les propositions des caisses et les « *objectifs de santé publique* ». Si ceux-ci peuvent faire référence à l’annexe au projet de loi relatif à la politique de santé publique dont le Parlement devrait prochainement achever l’examen, les exemples les plus couramment cités, notamment par les ministres lors de leur audition par la commission spéciale, sont relatifs au déclenchement d’une épidémie ou d’une crise sanitaire. Cette précision est utile car elle invite les caisses nationales à ne pas se focaliser sur le seul aspect comptable des dépenses d’assurance maladie : le respect d’un équilibre financier ne saurait s’effectuer au prix d’une moindre performance en santé publique. Le rapporteur note que ce raisonnement devrait conduire les caisses à proposer plus facilement une augmentation des recettes qu’une réduction des dépenses.

Le **paragraphe II** du présent article abroge l’article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Initialement, l’article correspondant du projet de loi de financement prévoyait d’élargir les missions du conseil de surveillance de la CNAMTS en le chargeant de veiller à la cohérence des

¹ Loi organique n° 96-646, dont l’article 1^{er} est codifié aux articles L0. 111-3 à L0. 111-7 du code de la sécurité sociale.

conventions passées entre la caisse et les professionnels de santé avec l'ONDAM. Le conseil devait notamment adresser chaque année un rapport au Parlement et au Gouvernement sur la politique conventionnelle de la CNAMTS. Devant le flou de la rédaction initiale, le Parlement avait fini par voter de simples dispositions non codifiées, prévoyant un rapport du Gouvernement aux commissions compétentes du Parlement lors des approbations ou agréments de dispositifs conventionnels, afin d'explicitier leur cohérence avec l'ONDAM. Le Conseil constitutionnel avait censuré, comme « cavalier social », un second alinéa non codifié relatif à la transmission dudit rapport au conseil de surveillance de la CNAMTS. En rénovant le système conventionnel ainsi que le pilotage institutionnel de l'assurance maladie, le présent projet rend ces dispositions inutiles.

*

La commission a examiné trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével a indiqué que si l'ONDAM a toujours été dépassé, c'est parce qu'il a été fixé sur des bases économiques sans tenir compte des besoins de santé. Par ailleurs, l'ONDAM regroupe des dépenses liées à l'ambulatoire, à l'hôpital et au secteur médico-social ; la question de la compétence des caisses sur l'ensemble de ces secteurs mérite d'être posée. On pourrait également se demander si la mission de propositions financières qui est prévue par l'article ne relève pas plutôt de l'UNCAM. Enfin, autant les caisses peuvent donner un avis sur l'évolution des dépenses, autant elles ne peuvent émettre des propositions sur les recettes, qui relèvent de la seule compétence du Parlement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével tendant à prévoir une consultation des professionnels de santé par les caisses avant la transmission de leurs propositions au ministre chargé de la sécurité sociale, le **rapporteur** contestant la légitimité des professionnels à intervenir à ce stade, d'autant qu'ils siègent au conseil de surveillance de la CNAMTS, qu'il est prévu de consulter.

La commission a *adopté* deux amendements du rapporteur, l'un rédactionnel, l'autre soumettant à l'avis du conseil de surveillance de la CNAMTS les propositions qu'elle transmet au ministre chargé de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* l'article 21 ainsi modifié.

Article 22

(articles L. 114-1 et L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

Cet article met en place un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, outil destiné à renforcer la crédibilité de l'objectif national (l'ONDAM) voté chaque année par le Parlement.

Une structure légère, un objet déterminé

Le **paragraphe I** du présent article insère dans le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale une section 7 nouvelle créant un « *comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie* ». Conjointement avec les articles destinés à rénover le dispositif conventionnel, cette nouvelle entité doit permettre de donner un nouveau sens et une nouvelle légitimité à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Il s'agit également de mieux valoriser les travaux de la Commission des comptes de la sécurité sociale et de renforcer la crédibilité de l'ONDAM.

Le premier alinéa de l'article unique de la section, codifié comme article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, décrit l'objet et la composition du comité. Si l'objet de cette structure est contenu dans son nom même, son originalité tient à sa position atypique parmi les différents acteurs de l'assurance maladie : placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale, donc proche de l'exécutif qui fournit les effectifs nécessaires au fonctionnement du secrétariat de la commission, il est chargé d'exercer sa mission d'alerte à la fois auprès du Gouvernement et des caisses nationales. La composition du comité le rend également proche du Gouvernement, puisqu'il réunit le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale et le directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), ainsi qu'« *une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social* ». Outre que le mandat de cette personnalité gagnerait à être précisé, au moins dans le temps mais aussi sur le plan de la fonction – cette personne présidera-t-elle le comité ? –, on peut s'interroger sur le bien-fondé d'une nomination extérieure unique, entre les mains du président du Conseil économique et social. Sans doute s'agit-il de mettre en avant le caractère extérieur du comité, en garantissant que son regard sera bien indépendant et impartial. Si tel est bien l'objectif poursuivi, alors le rapporteur souscrit à cette composition atypique, sous réserve d'en fixer quelques détails supplémentaires.

Pour clore le sujet de la composition et de l'indépendance du comité, il faut se réjouir que le **paragraphe II** du présent article prévoit de modifier l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale afin de confier au Premier président de la Cour des comptes, et non plus au ministre chargé de la sécurité sociale, la nomination du secrétaire général de la Commission des comptes de la

sécurité sociale, en précisant au passage dans la loi la durée de son mandat : trois ans.

Il appartiendra à cette structure très légère de trouver sa place, en toute indépendance, parmi les nombreuses nouvelles entités participant au fonctionnement de l'assurance maladie. Par rapport aux expériences passées de régulation « volontariste » des dépenses, telles que le mécanisme des « lettres-clefs flottantes » ou l'intervention des comités régionaux¹, expériences peu concluantes définitivement écartées par la loi de financement pour 2003, les dispositions du présent article offrent l'avantage d'une régulation plus souple, exercée à l'échelle nationale, non circonscrite aux soins de ville et déclenchée par un comité extérieur aux caisses comme aux professionnels de santé.

Un fonctionnement à éprouver

L'utilité d'une instance d'alerte ne fait guère de doute. Il suffit pour s'en convaincre de citer l'appréciation très sévère portée par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003, à propos de l'exécution de la loi de financement pour 2002 :

« L'exercice 2002 s'est en réalité déroulé hors de tout système de régulation et même hors de tout cadre de référence, aucune loi de financement rectificative n'étant venue, en cours d'année, adapter les objectifs et les moyens à l'évolution des dépenses, de la conjoncture économique et de la politique des pouvoirs publics. »

« L'accélération des dépenses et l'écart entre l'objectif et le résultat montrent à la fois que l'objectif n'avait pas été fixé de manière réaliste par rapport aux moyens de régulation mis en œuvre et que les instruments eux-mêmes étaient insuffisants. »

Ainsi, même pour mettre en œuvre une procédure prévue par le droit en vigueur, telle la discussion d'une loi de financement rectificative², un « catalyseur » semble nécessaire ; le comité d'alerte devrait jouer ce rôle. Couplé à la fixation réaliste de l'ONDAM grâce notamment au mécanisme institué à l'article 21 du présent projet, ce dispositif semble de nature à écarter à l'avenir une critique de la teneur de celle de la Cour en 2003.

Pour autant, l'ONDAM n'est pas à proprement parler rendu opposable, dans un tel schéma. Le rapporteur note en outre que le choix du terme d'« alerte » plutôt que celui de « veille » ou de « suivi » dénote, sinon un certain pessimisme, du moins un souci de réactivité dont le comité devra faire preuve.

¹ Résultant respectivement de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

² cf. le II de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les troisième et quatrième alinéas de l'article L. 114-4-1 proposé décrivent succinctement la procédure que suivra le comité d'alerte. Celle-ci tient en trois points :

– le motif de son intervention ressortit au respect de l'ONDAM et à tout « *risque sérieux* » de dépassement de l'objectif pour l'année en cours. Le texte renvoie au décret le soin de définir un seuil chiffré matérialisant ce caractère sérieux. Il est souhaitable d'encadrer ce pouvoir dans la loi ;

– le calendrier de l'intervention du comité comprend un rendez-vous annuel, « *au plus tard le 1^{er} juin* », ce qui est cohérent avec la date du 30 juin prévue par l'article 21 pour les propositions budgétaires des caisses, qui seront ainsi correctement éclairées. À l'évidence, cet avis émis par un comité « *placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale* » recoupera très largement les analyses du rapport publié par ladite commission à la même période¹ ;

– les modalités de l'intervention sont des plus simples : une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales en cas de dérapage prévisible des dépenses, et dans un deuxième temps, « *un avis sur l'impact financier* » des mesures de redressement proposées par les caisses et, de façon subsidiaire et hypothétique, par l'Etat (Gouvernement et Parlement). C'est dire si l'efficacité de cette procédure ne pourra être qu'appréciée à l'usage, tant elle paraît ouverte, aucune liste de mesures n'étant esquissée et aucun pouvoir d'injonction n'étant confié au comité. Le décret devant fixer le seuil d'alerte revêt dans ce contexte une importance toute particulière.

*

La commission a *rejeté* trois amendements identiques de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange portant création d'un comité des finances sociales.

M. Claude Evin l'a jugé contradictoire avec le souhait unanimement exprimé, quelques instants auparavant, de réfléchir sur la cohérence des structures et de tenter de renforcer le rôle du Parlement.

L'amendement a été *retiré*.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Luc Prével et de Mme Claude Greff tendant respectivement à faire siéger le directeur de l'Institut des données de santé au comité d'alerte et à permettre au comité de formuler des recommandations visant au respect de l'ONDAM.

¹ c'est-à-dire entre le 15 avril et le 15 juin, aux termes de l'article D. 114-3 du code de la sécurité sociale.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur attribuant au comité d'alerte la mission d'analyser l'impact des mesures conventionnelles ainsi que celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével précisant que le comité s'appuiera notamment sur les données fournies en temps réel par l'Institut des données de santé.

La commission a examiné un amendement du rapporteur prévoyant que le seuil d'intervention du comité d'alerte ne pourra être supérieur à 1 % de dépassement de l'ONDAM.

Le rapporteur a considéré qu'il est nécessaire de fixer dans la loi le niveau maximum du seuil d'alerte.

Après que **M. Claude Evin** a observé qu'avec un tel seuil, le comité pourrait être amené à se réunir dès le 2 janvier de chaque année, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut tendant à soumettre les mesures correctrices visant au respect de l'ONDAM à concertation avec les professionnels de santé, **le rapporteur** ayant objecté que ceux-ci ne peuvent être à la fois juges et parties.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis elle a *adopté* l'article 22 ainsi modifié.

Section 3

Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables

Article 23

(articles L. 251-4, L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Fixation par l'UNCAM des taux de remboursement des médicaments et prestations

Le présent article réalise un transfert de compétence du pouvoir réglementaire vers l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en matière de fixation de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux prestations en nature couvertes par l'assurance maladie ou, ce qui revient au même, en matière de taux de remboursement desdites prestations. Sans modifier sur le fond les critères légaux d'exigibilité ou d'exonération de ce ticket modérateur, le texte ouvre une grande latitude à l'UNCAM pour en déterminer les

modalités d'application, aujourd'hui prévues par des décrets en Conseil d'Etat¹. Il doit se lire distinctement de l'article 11, qui modifie le même article codifié mais instaure, sous forme de franchise, un dispositif entièrement nouveau qui s'ajoute au ticket modérateur préexistant.

Les 1° et 2° du **paragraphe I** ainsi que le **paragraphe II** de cet article suppriment la fixation des taux de la participation de l'assuré par décret en Conseil d'Etat pour y substituer une « *décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie* », précédée d'un « *avis de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire* ».

Le I modifie l'article L. 322-2 et vise le montant du ticket modérateur ; le II modifie l'article L. 322-3 et concerne la liste des cas de réduction ou d'exonération de cette participation. Toutefois, un décret en Conseil d'Etat demeure nécessaire pour fixer les « *limites et [les] conditions* » de la réduction ou de l'exonération.

Enfin, est introduit un droit d'opposition au profit du ministre de la santé à l'encontre des décisions de l'UNCAM, « *pour des motifs de santé publique* ». Il ne fait guère de doute que ce pouvoir discrétionnaire s'appliquera dans le sens d'une plus grande largesse à l'égard des assurés et de leurs ayants droit.

S'agissant du champ de compétence réglementaire résiduel, l'exposé des motifs précise qu'« *un décret définira notamment les "couloirs" dans lesquels l'UNCAM pourra faire évoluer les taux de remboursement.* »

L'objectif poursuivi est donc bien de donner à l'union une large compétence décisionnelle. Par conséquent, les différents taux de participation de l'assuré prévus aux articles R. 322-1 à R. 322-3 du code de la sécurité sociale sont susceptibles d'être modifiés dès la publication des décrets d'application de la loi. L'encadré suivant rappelle les taux de participation de l'assuré actuellement en vigueur dans le cas général.

**Principaux taux de ticket modérateur en vigueur
(hors cas d'exonération)**

- 20 %** pour les honoraires des professionnels et les frais d'analyse afférents à des soins en établissement ;
- 20 %** du tarif de responsabilité de la caisse pour les frais d'hospitalisation ;
- 30 %** pour les honoraires des praticiens ;
- 40 %** pour les honoraires des auxiliaires médicaux ;
- 65 %** pour les médicaments destinés au traitement d'affections sans caractère habituel de gravité ou dont le SMR est modéré ou faible ;
- 35 %** pour les autres frais.

¹ Cette procédure remonte aux ordonnances de 1967, lesquelles se substituaient à un arrêté du 27 juin 1955.

Hormis ces modifications de procédure, le champ d'application du ticket modérateur reste le même : les « 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 321-1 » recouvrent :

– les actes des généralistes et spécialistes, les soins et prothèses dentaires, les médicaments, les analyses, les soins en établissement¹ et les frais de rééducation ;

– les frais de transport ;

– les frais d'hébergement et de traitement des enfants et adolescents handicapés non pris en charge par l'Etat.

Demeurent ainsi exclues de participation les prestations en nature suivantes :

– les frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse pour motif médical ;

– les indemnités journalières, sous certaines conditions ;

– certains actes et traitements préventifs ;

– les examens bucco-dentaires obligatoires des enfants.

De même les dix-sept possibilités légales de réduction ou d'exonération du ticket modérateur sont-elles conservées. Il s'agit pour l'essentiel :

– des traitements ou séjours en établissements pour maladie « longue et coûteuse » selon une liste établie par décret, voire en dehors de cette liste à certaines conditions ;

– des prestations aux bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse ;

– des frais de transport pour les enfants et adolescents handicapés ;

– des prestations aux personnes hébergées en unité ou centre de long séjour ou maintenues à domicile ;

– des prestations aux femmes enceintes, ainsi qu'aux nouveau-nés hospitalisés ;

– du traitement de la stérilité ;

– des prestations aux titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail ;

¹ A distinguer des frais de séjour en établissement pour lesquels une participation spécifique est prévue à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, le montant de ce forfait journalier étant fixé par décret.

- des soins consécutifs à des agressions sexuelles sur mineur ou à des actes de pédophilie ;
- de certains examens de dépistage.

Enfin, le dernier alinéa du I étend les compétences nouvelles de l'UNCAM au champ du médicament : les spécialités remboursables sont soumises à la même procédure de fixation du taux de participation de l'assuré. Là encore, seule change l'autorité décisionnaire ; en revanche ne sont modifiées ni l'existence des listes de spécialités remboursables pour les médicaments délivrés par des officines ou, en établissement, par des pharmacies à usage intérieur, ni la subordination du remboursement aux indications thérapeutiques dûment précisées par le pouvoir réglementaire. Concrètement, la décision de l'UNCAM reviendra à classer chaque spécialité remboursable dans une catégorie correspondant à un taux de prise en charge déterminé par décret, en s'appuyant sur l'avis de la Haute autorité de santé quant au service médical rendu par cette spécialité.

Ces dispositions, à lire conjointement avec l'article 19 qui définit les missions de la haute autorité et l'article 25 relatif au Comité économique des produits de santé, changent donc assez peu la procédure actuellement en vigueur en matière de remboursement des spécialités pharmaceutiques, qui comprend trois étapes :

- l'autorisation de mise sur le marché délivrée soit par l'Agence européenne du médicament soit par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ;

- l'admission au remboursement, conditionnée par l'inscription sur la liste des spécialités remboursables par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la commission de la transparence dont le secrétariat est assuré par l'AFSSAPS, en fonction du service médical rendu ou de l'amélioration de ce service ;

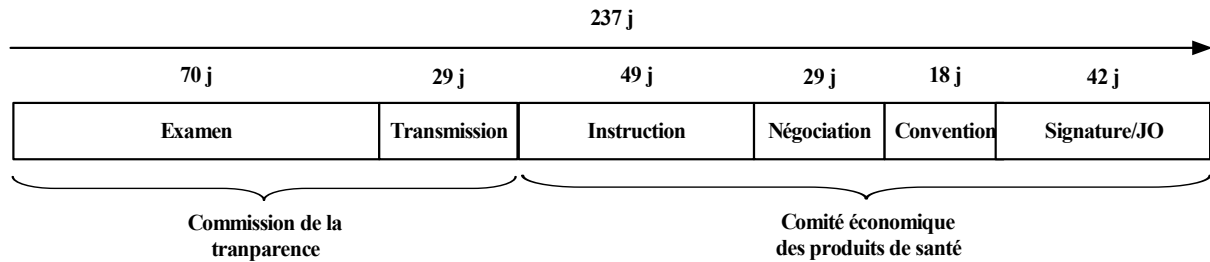
- la fixation du prix, déléguée par les ministres au Comité économique des produits de santé, qui négocie des conventions avec chaque entreprise du médicament.

Deux remarques peuvent être formulées sur ce dernier alinéa du I. D'une part, en l'absence de davantage de précision dans le texte, le droit d'opposition du ministre de la santé ne semble pas devoir jouer en matière de fixation du ticket modérateur sur les médicaments. D'autre part, alors que l'exposé des motifs prévoit que la décision de l'UNCAM « sera prise pour les nouveaux médicaments simultanément à l'inscription au remboursement par les ministres et à la fixation du prix par le Comité économique des produits de santé », le texte de l'article n'aborde pas cette question aux conséquences pratiques pourtant importantes. En effet, selon le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie¹, les délais

¹ Annexe 33 : le médicament dans le périmètre de prise en charge, page 151.

moyens de traitement des dossiers de demande d'admission au remboursement sont supérieurs à ceux prévus par le droit communautaire : environ 240 jours en moyenne en 2002 comme l'illustre le schéma suivant – 135 jours pour les génériques, six semaines pour la procédure dite de « dépôt de prix »¹ –, au lieu de 180. Il serait utile que le débat permette de clarifier ce point.

Procédure actuelle d'admission au remboursement d'un médicament



Source : ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

De façon apparemment déconnectée des autres alinéas, le **paragraphe III** abroge l'article L. 251-4 du code de la sécurité sociale. Situé au titre V du livre II qui traite de l'organisation financière du régime général, cet article règle les modalités du maintien ou du rétablissement de l'équilibre financier de la gestion du régime par le conseil d'administration de la CNAMTS – le cas échéant *via* une augmentation des cotisations après approbation par décret – ou en cas de carence de ce conseil, directement par l'Etat.

On comprend la nécessité de supprimer ces dispositions, d'une part en raison de la redéfinition des responsabilités dans la gouvernance de l'assurance maladie, d'autre part au regard des nouvelles modalités de pilotage financier du système. La logique commanderait plutôt de faire figurer cette abrogation au sein d'une section plus appropriée du présent projet. Car s'il s'agit bien, comme dans le reste de l'article, d'une forme de restriction de compétence du Gouvernement au profit des gestionnaires de l'assurance maladie, le champ de cette compétence diffère : la question n'est plus celle des taux de remboursement mais celle de l'équilibre financier du régime. Cette suppression doit cependant se lire en lien avec le paragraphe II de l'article 11 du projet, qui réécrit l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale et supprime ainsi la possibilité de modulation du ticket modérateur « *en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4.* » Il est intéressant de noter que ces dispositions, qui à la connaissance du rapporteur remontent à 1967 et n'ont jamais été utilisées, s'apparentent à un outil supplémentaire de pilotage financier et rapprochent le fonctionnement de l'assurance maladie d'autres pans de

¹ Procédure instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, réservée aux médicaments les plus innovants ou présentant un SMR particulièrement important et codifiée à l'article L. 162-17-6, qui n'a été que très exceptionnellement utilisée à ce jour.

la protection sociale au fonctionnement plus nettement paritaire, tels que l'assurance chômage ou la branche accidents du travail : responsables de l'équilibre financier du régime de base, les instances de pilotage peuvent être amenées à tirer les conséquences d'un dérapage en décidant d'abaisser le niveau de remboursement des actes et prestations. Le projet emprunte d'autres voies pour assurer la maîtrise médicalisée des dépenses.

*

La commission a *rejeté* neuf séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ayant respectivement pour objet de :

- supprimer l'article ;
- supprimer son paragraphe I ;
- supprimer le 1° de ce paragraphe ;
- supprimer le 2° de ce paragraphe ;
- poser comme règle la prise en charge intégrale des dépenses par les caisses de sécurité sociale ;
- supprimer le 3° du paragraphe I ;
- attribuer le pouvoir de décision sur l'éventuelle réduction du ticket modérateur aux conseils d'administration des caisses nationales d'assurance maladie ;
- supprimer le paragraphe II de l'article ;
- supprimer son paragraphe III.

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Article 24

(article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale)

Modalités d'inscription à la nomenclature des actes et prescriptions

Selon la même philosophie que l'article précédent, le présent article procède à un transfert de compétence de l'État vers l'assurance maladie, cette fois en matière d'inscription à la nomenclature des actes et prestations remboursables. De nouveau, c'est l'UNCAM qui se voit confier la responsabilité principale de cette procédure, en lien avec la Haute autorité de santé.

Le champ d'application de cet article, qui reprend celui de l'actuel article L. 161-7 du code de la sécurité sociale, est très large mais non exhaustif : il

s'agit de « *tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié en centre de santé ou dans un établissement ou service médico-social, ainsi que, à compter du 1^{er} janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1* ». En sont donc exclus, y compris après le 1^{er} janvier prochain, les dispositifs médicaux.

Sous réserve d'une rédaction plus explicite du premier alinéa, trois compétences sont confiées à l'UNCAM :

- les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et la modification de ces conditions ;
- l'inscription effective d'un acte ou d'une prestation et leur radiation ;
- la fixation du tarif de ces actes et prestations.

L'exercice de ces compétences par l'UNCAM n'est pas totalement autonome.

Tout d'abord, demeure en vigueur le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 qui prévoit que la liste des actes et prestations remboursables soit « *arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.* »

Le présent article ne réécrit que les deux alinéas suivants, dont le premier subordonne toute nouvelle inscription à compter du 1^{er} janvier 2004 à un avis préalable de l'ANAES. Compte tenu de l'importance de cette agence, il conviendrait de maintenir dans la loi son association à la procédure d'inscription.

Dans le déroulement de cette procédure ensuite, d'autres acteurs interviennent. En amont, les décisions de l'UNCAM relatives aux conditions d'inscription ou aux inscriptions elles-mêmes sont subordonnées à un double avis, que l'on doit supposer consultatif, dans le silence du texte. L'un est émis par la Haute autorité de santé « *qui se prononce pour chacune des indications thérapeutiques ou diagnostiques¹ sur l'évaluation du service attendu de l'acte ou de la prestation* » et sur le service qu'ils rendent. Il s'agit de la compétence qui était jusqu'ici dévolue à l'ANAES. L'autre avis émane de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire, organismes dont on conçoit aisément qu'ils soient intéressés à une décision qui va déterminer les conditions de leur intervention en tant que payeurs. C'est au décret qu'il reviendra de fixer les différents délais de procédure.

En aval, les mêmes décisions de l'UNCAM ainsi que celles tendant à fixer le tarif des actes et prestations « *sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.* » On notera au passage que le ministre de l'agriculture n'est plus cité. Par ailleurs, une prérogative

¹ Cette précision a son importance, dans la mesure où le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 prévoit que l'inscription puisse être subordonnée au respect de certaines de ces indications.

supplémentaire est réservée au seul ministre de la santé : l'inscription d'office d'un acte ou d'une prestation « *pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute autorité de santé* ». Ce pouvoir de substitution est d'autant plus étendu qu'il comprend également une fixation du tarif de l'acte ou de la prestation inscrit d'office. C'est pourquoi il faut souhaiter que les raisons de santé publique motivant cette intervention soient appréciées strictement.

Enfin, le dernier alinéa du présent article décrit, dans ses grandes lignes, la procédure de cotation tarifaire des actes et prestations, qui s'impose tant à l'UNCAM dans l'exercice normal de ses compétences qu'au ministre de la santé dans l'exercice de ses prérogatives de gardien de la santé publique. Le texte se borne à renvoyer au « *respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune de professions [conventionnées]* ». Les dispositions relatives à ces commissions sont plutôt sommaires : elles sont « *composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de [l'UNCAM]. Un représentant de l'État assiste à leurs travaux.* » Le respect de la nécessaire souplesse de fonctionnement de l'UNCAM ne peut pas pour autant, sous peine de manque de cohérence, conduire à laisser au pouvoir réglementaire une si grande latitude dans la détermination du fonctionnement de ces commissions, au moment même où ce pouvoir réglementaire s'efface devant les organismes d'assurance maladie en matière de cotation tarifaire. Un amendement précisera donc au moins la question de la présidence des commissions.

*

La commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

- supprimant l'article ;
- supprimant la compétence de l'UNCAM dans la définition des conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et la fixation de leur tarif ;
- confiant cette compétence aux conseils d'administration des caisses nationales.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur associant l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) à la procédure d'inscription.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'un supprimant l'inscription d'office par le ministre pour des raisons de santé publique, l'autre de conséquence.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur confiant au ministre une compétence de radiation d'office, par symétrie avec son pouvoir d'inscription d'office.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél prévoyant que seule la hiérarchisation des actes relève des commissions *ad hoc*, la tarification devant rester du domaine conventionnel.

Le rapporteur ayant indiqué que la rédaction de cet amendement doit être revue, **M. Jean-Luc Prél** l'a retiré.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél définissant les conditions conventionnelles d'établissement de la tarification.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant les conditions de désignation des présidents des commissions chargées de la cotation tarifaire.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la représentation des conseils d'administration des caisses dans ces commissions.

La commission a *adopté* l'article 24 ainsi modifié.

Article 25

(Articles L. 162-16, L. 162-16-4 à 162-16-6, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L.162-17-7, L. 162-38, L. 165-2 à 165-4 et L. 165-6 du code de la sécurité sociale et article L. 5126-4 du code de la santé publique)

Élargissement des missions du Comité économique des produits de santé

Poursuivant la logique de retrait partiel du gouvernement dans l'exercice de la gestion directe de l'assurance maladie, le présent article élargit les compétences du Comité économique des produits de santé, dans lequel le Gouvernement n'est pas le seul décisionnaire, en supprimant une série de compétences propres des ministres. Le champ ainsi couvert représente un aspect crucial de l'évolution des dépenses d'assurance maladie : la négociation et la fixation des prix des médicaments et dispositifs médicaux ayant reçu l'autorisation de mise sur le marché et ayant fait l'objet d'une admission au remboursement. La composition du comité est par ailleurs modifiée.

Le paragraphe **I** procède à treize substitutions de décisions du comité à des arrêtés ministériels – faisant intervenir selon les cas les ministres de la santé, de la sécurité sociale et/ou de l'économie – pris après avis du comité :

– le **1^o** modifie en ce sens le deuxième alinéa de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale relatif à la fixation du tarif forfaitaire de responsabilité pour les médicaments figurant dans un groupe générique ;

– le **2^o** (article L. 162-16-4) vise l'établissement du prix de vente au public de chacun des médicaments inscrits sur la liste des spécialités remboursables ;

– le **3°** (article L. 162-16-5) concerne le prix des médicaments rétrocédés au public par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé, à défaut de procédure normale de déclaration de prix par les entreprises ;

– le **4°** (article L. 162-16-6) a trait aux mêmes conditions de rétrocession, mais pour fixer le tarif forfaitaire de responsabilité des spécialités appartenant à un groupe générique ;

– le **a du 5°** (article L. 162-17-3) est relatif à la mission générale du comité d'application des orientations destinées à assurer le respect de l'ONDAM dans ses prises de décision ;

– le **a du 6°** (article L. 162-17-4) vise la fixation du prix des spécialités en cas de refus par une entreprise de conclure un avenant à la convention qui le lie au comité, avenant motivé par l'évolution des dépenses, des données scientifiques ou des orientations reçues par le comité ; il met par ailleurs à jour une référence du code ;

– le **b du 6°**, au même article codifié, concerne les pénalités financières à l'encontre des entreprises dont certains produits sont frappés par l'AFSSAPS d'une interdiction de publicité ;

– le **7°** (article L. 162-17-7) traite des pénalités financières infligées aux entreprises ayant dissimulé des informations de nature à modifier l'appréciation portée sur le service médical rendu par leurs produits ou sur l'amélioration de celui-ci ;

– le **8°** précise, à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale, que le comité est l'autorité chargée de fixer par décision, à défaut de convention, les marges concernant les dispositifs médicaux, alors que cette compétence appartient aux ministres de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale pour les autres produits et prestations de service remboursables ; le même **8°** met également à jour une référence au code de commerce en matière de droit de la concurrence ;

– le **9°** vise, à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, la fixation du tarif de responsabilité des dispositifs médicaux : transférée des ministres au comité, cette procédure est également précisée par l'introduction d'une distinction entre les dispositifs « *inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial* » et ceux « *inscrits par description générique* ». Dans les deux cas est prévue une convention entre le comité et le fabricant ou le distributeur, mais de façon plus souple pour les génériques, et à défaut une décision du comité ;

– le **10°** concerne les mêmes règles de fixation, avec la même distinction relative aux génériques, s'agissant cette fois du prix des dispositifs (article L. 165-3) ;

– le **11°** supprime en conséquence, à l'article L. 165-4, la fonction de proposition de tarifs et de prix des dispositifs jusqu'alors dévolue au comité ;

– le 12° enfin, autre disposition de conséquence, remplace au premier alinéa de l'article L. 165-6 la mention d'un arrêté par celle d'une décision, conformément à la modification de l'article L. 165-3 par le 10°.

Outre cet élargissement des compétences du Comité économique des produits de santé, le présent article, au **b du 5°**, fixe dans la loi sa composition, qui figure actuellement dans un décret simple (article D.162-2-1 du code de la sécurité sociale). Le tableau suivant dresse la comparaison entre l'actuelle et la future composition du comité.

Composition du comité économique des produits de santé

| <i>Actuellement</i> | <i>Dans le projet de loi</i> |
|--|--|
| Un président et deux vice-présidents (l'un chargé du médicament et l'autre des dispositifs médicaux), nommés pour trois ans par arrêté conjoint des ministres de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie | Un président et deux vice-présidents « <i>choisis par l'autorité compétente de l'État en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé</i> » |
| Le directeur de la sécurité sociale | Quatre représentants de l'État |
| Le directeur général de la santé | |
| Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins | |
| Le directeur général de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes | |
| Le directeur général de l'industrie, des technologies de l'information et des postes | |
| En fonction de l'ordre du jour, le président peut associer, avec voix consultative, le directeur général de l'action sociale ou un représentant des ministres chargés des secteurs suivants : budget, recherche, agriculture, PME, anciens combattants | |
| <i>Un</i> représentant des organismes nationaux d'assurance maladie, désigné conjointement par les directeurs de la CNAMTS, de la CANAM et de la CCMSA | Trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie |
| | Un représentant de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire |
| 9 membres + membres ponctuellement associés | 11 membres |

Le rapporteur note que la présence de l'État est légèrement réduite, ce qui est cohérent avec la plus grande marge de manœuvre laissée au comité vis-à-vis du Gouvernement. Par ailleurs, un décret demeure nécessaire pour détailler la composition nouvelle, ainsi que la poursuite de l'organisation en deux sections, même si la loi peut comporter de telles précisions.

Le **c du 5°** inscrit également dans la loi, en lieu et place du décret, les règles déontologiques destinées à prévenir tout conflit d'intérêts parmi ses

membres. Un paragraphe IV nouveau doit ainsi compléter l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que :

– les membres ou collaborateurs du comité ne peuvent, sous peine de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende, conformément à l'article 432-12 du code pénal qui réprime la prise illégale d'intérêts, avoir à connaître d'une affaire examinée par le comité dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect ;

– ces membres et collaborateurs sont soumis aux obligations déontologiques fixées aux articles L. 4113-6 et L. 4113-13 du code de la santé publique, respectivement relatives à l'encadrement des avantages en nature reçus par les membres des professions médicales de la part d'entreprises du secteur de la santé et à l'obligation pour les mêmes professionnels de faire connaître, à l'occasion de toute prise de position publique sur de tels produits leurs liens avec des entreprises ou organismes de conseil intervenant dans le secteur des produits de santé ;

– les membres du comité adressent à leur président, à leur prise de fonctions, une déclaration d'intérêts – que le texte conçoit très largement en incluant tous « *leurs liens, directs ou indirects* » et en mentionnant les organismes de conseil intervenant dans le champ de compétence du comité –, le président devant remettre la même déclaration à son autorité de nomination. La publicité de ces déclarations est rendue possible, dans des conditions qu'il conviendrait peut-être de préciser.

Cette consolidation législative du Comité économique des produits de santé est le juste reflet de l'ampleur nouvelle de ses missions.

Enfin, le **paragraphe II** du présent article est de coordination avec la nouvelle rédaction de l'article L. 162-16-5 prévue par le 3° du I : il s'agit de prévoir, à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, que les ministres de la santé et de la sécurité sociale (la compétence du ministre de l'économie étant supprimée) ne seront plus chargés que de déterminer par arrêté « *les conditions d'utilisation* » des médicaments et dispositifs médicaux stériles rétrocédés au public par les pharmacies à usage intérieur et non plus leur prix de cession.

*

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement l'ensemble de l'article et son paragraphe I.

La commission a examiné deux amendements identiques de MM. Jacques Domergue et Jean-Luc Prél instituant une faculté d'opposition subrogatoire des ministres concernés, dans un délai de quinze jours, aux décisions du comité économique des produits de santé relatives à la fixation du tarif forfaitaire de responsabilité applicable aux médicaments génériques.

Suivant l'avis favorable du **rapporteur**, la commission a *adopté* ces amendements. En conséquence, un amendement du rapporteur de portée rédactionnelle est *devenu sans objet* ainsi qu'un amendement de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz confiant à un conseil national du médicament, sur avis du comité économique des produits de santé, ce pouvoir de fixation du tarif forfaitaire de responsabilité.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* trois séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz transférant à un conseil national du médicament certains des pouvoirs de décision que l'article 25 confie au comité économique des produits de santé, lequel, selon les auteurs des amendements, ne devrait avoir qu'un rôle d'avis.

Puis elle a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *adopté* trois amendements de M. Jean-Luc Prél introduisant la même faculté d'opposition subrogatoire en ce qui concerne les décisions du comité économique des produits de santé relatives au prix de vente des spécialités remboursables, au prix des médicaments rétrocédés au public par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé ainsi qu'au prix des médicaments génériques rétrocédés dans les mêmes conditions.

La commission a ensuite *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'une supprimant le a) du 5° du I de l'article qui est relatif à la mission générale du comité d'appliquer les orientations destinées à assurer le respect de l'ONDAM, l'autre modifiant la composition du comité économique des produits de santé.

Après que **le rapporteur** a indiqué qu'il est important d'associer le ministère de la recherche aux travaux du comité économique des produits de santé, la commission a *adopté* un amendement du rapporteur permettant la participation aux réunions du comité, sans voix délibérative, de représentants de l'Etat autres que ceux déjà prévus par le texte.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* neuf séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

– rendant plus impératives les dispositions relatives aux conflits d'intérêt susceptibles de concerner les membres du comité économique des produits de santé ;

– substituant le conseil national du médicament au comité pour les décisions portant sur le prix des spécialités d'une entreprise qui a refusé de conclure un avenant à la convention qui la lie au comité ;

– opérant la même substitution s’agissant des décisions sur les pénalités financières à l’encontre des entreprises dont certains produits sont frappés d’une interdiction de publicité ;

– opérant la même substitution à l’encontre des entreprises ayant dissimulé des informations de nature à modifier l’appréciation portée sur le service médical rendu par leurs produits ;

– prévoyant une motivation publique des décisions visées à l’article L. 162-38 du code de la sécurité sociale relatives à la fixation des marges concernant les dispositifs médicaux ;

– proposant une nouvelle rédaction de l’article L. 165-2 du code de la sécurité sociale ayant trait au tarif de responsabilité des dispositifs médicaux ;

– proposant une nouvelle rédaction de l’article L. 165-3 relatif à la fixation du prix des dispositifs médicaux ;

– substituant le conseil national du médicament au comité économique des produits de santé au deuxième alinéa de l’article L. 165-4, qui attribue à cette entité la compétence pour signer des conventions avec les fabricants ou les distributeurs de dispositifs médicaux ;

– supprimant le paragraphe II de l’article 25 qui traduit dans le code de la santé publique le transfert de compétences opéré des ministres vers le comité économique des produits de santé.

Puis la commission a *adopté* l’article 25 ainsi modifié.

Après l’article 25

La commission a *rejeté*, suivant l’avis du **rapporteur**, un amendement de Mme Michèle Tabarot donnant au comité économique des produits de santé la mission de veiller à la bonne application de la charte déontologique des personnes chargées de la promotion des médicaments.

La commission a *rejeté* quatre séries d’amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz :

– exonérant les hôpitaux de la taxe sur les salaires ;

– les faisant bénéficier du taux de TVA réduit prévu pour les travaux dans les logements des particuliers ;

– supprimant les articles 22 à 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 relatifs au financement des établissements et à la mise en œuvre de la tarification à l’activité ;

– prévoyant une négociation interprofessionnelle sur les conditions de mise en œuvre de la réduction du temps de travail en milieu hospitalier.

Article 26

(article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale)

Comité de l'hospitalisation

Cet article vise à créer un comité de l'hospitalisation, structure placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le comité a deux missions : il est chargé de contribuer, d'une part, à l'élaboration des aspects financiers de la politique hospitalière et, d'autre part, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Le présent article est à lire en relation avec l'implication accrue de l'assurance maladie dans la gestion de la politique du médicament, qui est l'objet de l'article 25 du projet de loi (*cf. infra*).

Le présent article propose de créer un article L. 162-21-2 nouveau dans le code de la sécurité sociale, article relatif au comité de l'hospitalisation.

Missions et compétences du comité de l'hospitalisation

Missions

Le premier alinéa de l'article L. 162-21-2 mentionne les missions de cet organisme.

S'agissant de la définition des missions de cet organisme, les solutions sont contraintes par l'article 21 de la Constitution, qui dispose que le premier ministre exerce le pouvoir réglementaire, et de son application par le juge constitutionnel. Le gouvernement ne peut déléguer totalement son pouvoir de réglementation à un autre organe. La rédaction proposée – « *Ce comité contribue à (...)* » – indique que le comité ne prend pas de décisions en propre et reflète cette donnée constitutionnelle. D'un point de vue juridique, il est néanmoins possible de donner plus de compétences à cet organe, mais en encadrant l'exercice de ces compétences par un décret.

Ce comité poursuit deux buts principaux : il participe à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ; il contribue à la détermination et à la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relative aux frais d'hospitalisation.

L'élaboration de la politique de financement des établissements de santé a été profondément modifiée par la loi de financement de sécurité sociale pour 2004, qui a mis en place la tarification à l'activité dans les activités médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé. La réforme vise

à abandonner le financement par budget global pour adopter un financement fondé sur la comptabilisation d'activités, activités elles-mêmes financées sur la base de tarifs nationaux, éventuellement corrigés par des coefficients.

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations hospitalières donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations représentatives, détermine chaque année, en fonction de l'ONDAM, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L. 162-22-4.

Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges afférentes aux frais d'hospitalisation et supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. Certaines activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, qui par leur nature nécessitent la mobilisation de moyens importants, quel que soit le volume d'activité réalisé, peuvent bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs de prestations d'hospitalisation et de forfaits annuels.

Compétences

Le deuxième alinéa propose de préciser la portée des compétences de cet organisme, qui donne des avis, est informé de certaines décisions et peut procéder à des consultations. La délégation complète du pouvoir réglementaire à ce comité serait susceptible d'être jugé non-conforme à la Constitution, l'article 21 de la Constitution ayant été interprété comme prohibant une délégation générale de la compétence réglementaire gouvernementale.

Le comité de l'hospitalisation dispose d'une compétence *d'avis* pour les décisions relatives, d'une part, au financement des établissements de santé et, d'autre part, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Il s'agit donc d'une compétence très largement définie. Il est précisé que les décisions relevant de la compétence réglementaire et concernées par cette procédure d'avis sont notamment :

– les tarifs nationaux des prestations servant de base au calcul de la participation des assurés, les montants des forfaits annuels et les coefficients géographiques (article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) ;

– l'évolution moyenne nationale, l'évolution moyenne régionale et les évolutions maximale et minimale des tarifs des prestations hospitalières (article L. 162-22-3) ;

– les montants national et régionaux des dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), visées par l'article L. 162-22-13.

Ensuite, il est proposé que ce comité soit *informé* des orientations de la politique salariale et statutaire et des conséquences financières des accords ou protocoles d'accord passés entre l'Etat et les organisations syndicales. Enfin, le texte propose qu'il puisse *consulter* les fédérations nationales représentatives des établissements de santé « *sur les dossiers dont il a la charge* », formule renvoyant à la politique de financement des établissements hospitaliers.

Composition et fonctionnement du comité de l'hospitalisation

La composition de cet organisme n'est pas précisée par le présent projet, qui indique que le comité comprendra notamment les organismes nationaux de l'assurance maladie ; les fédérations nationales représentatives des établissements de santé ne devraient pas être membres de ce comité. La composition sera fixée par arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

Selon les informations transmises au rapporteur, le comité devrait notamment comprendre des membres de l'union nationale des caisses de l'assurance maladie, des représentants de la direction générale de la santé et de la direction de la sécurité sociale. L'arrêté conjoint des ministres de la santé et de la sécurité sociale fixera également les conditions de fonctionnement du comité, notamment la liste des décisions prises par l'organisme et les conditions dans lesquelles le comité contribue à l'élaboration et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie.

*

La commission a *rejeté* trois amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél.

La commission a ensuite examiné un amendement du rapporteur portant sur les missions du comité de l'hospitalisation. Après que **le rapporteur** a expliqué que l'amendement a pour objet de renforcer les pouvoirs de cet organisme, en particulier en lui donnant dans certains domaines un rôle de recommandation et pas seulement d'avis, la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *adopté* l'article 26 ainsi modifié.

Article 27

(articles L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale et L. 6115-4 du code de la santé publique)

**Sanctions du non-respect des règles de tarification
par les établissements de santé**

Cet article vise à associer davantage l'assurance maladie dans la procédure de sanction applicable aux établissements de santé ne respectant pas les nouvelles procédures de tarification des prestations hospitalières.

La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a profondément modifié les principes de tarification des prestations hospitalières en prévoyant une application graduelle de la tarification à l'activité.

L'article 25 de cette loi de financement a institué une procédure permettant de sanctionner l'établissement ne respectant pas les nouvelles règles de tarification. Il a créé à cette fin un article L. 162-22-18 nouveau dans le code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. Cette sanction est prise par l'Etat à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Elle est notifiée à l'établissement. Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation en particulier, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de cette activité ou prestation, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

La rédaction en vigueur donne donc cette compétence de sanction à l'Etat. C'est dans les faits le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui est investi du pouvoir de sanction.

Or, il est apparu nécessaire de renforcer la place de l'assurance maladie. En effet, c'est l'organisme payeur. En outre, elle est chargée du contrôle des indus. Enfin, les médecins-conseils de l'assurance maladie peuvent effectuer des contrôles.

L'objet de cet article est de confier le pouvoir de sanction à la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans laquelle les régimes de

l'assurance maladie sont représentés à parité avec l'Etat, et de prévoir la mise en place d'un plan de contrôle.

Le paragraphe **I** de l'article vise à modifier la rédaction de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o propose de préciser que la sanction est prise par la commission exécutive, visée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique. Les décisions de l'ARH sont prises après un vote en commission exécutive ; les décisions du directeur sont prises après l'avis de la commission exécutive.

L'article propose ensuite de préciser que la commission exécutive met en place un programme régional de contrôle.

Le 2^o vise à donner une nouvelle rédaction la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale afin de modifier les modalités de fixation du montant de la sanction.

Il est proposé de supprimer la référence au pourcentage entre les sommes indues et les sommes dues. Le montant de la sanction sera uniquement calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, prestation ou ces séjours. La sanction reste plafonnée à 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Le paragraphe **II** est une mesure de coordination visant à compléter les missions de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation visées à l'article L. 6115-4 du code de la santé publique.

*

La commission a *rejeté* trois amendements de suppression de Mme Jacqueline Fraysse et de MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél.

La commission a également *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement les paragraphes I et II de cet article.

La commission a *adopté* l'article 27 sans modification.

Section 4

Dispositif conventionnel

Article 28

(articles L. 162-14-2, L. 162-15, L. 162-15-2, L. 162-5-9
et L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale)

Cadre des relations conventionnelles

Cet article a pour objectif de moderniser le cadre de la négociation et de la conclusion des conventions passées entre les organisations représentatives des professionnels de santé et l'assurance maladie.

Le constat : un paysage conventionnel en crise

Le rapport 2003 de la Cour des comptes sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, les conclusions des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et de celles de la mission d'information de l'Assemblée nationale relative à la problématique de l'assurance maladie convergent pour souligner l'inefficacité du système conventionnel actuel dans la régulation des relations entre les régimes de l'assurance maladie et les professions de santé.

Ces diagnostics mettent en évidence la nécessité de moderniser le cadre conventionnel, ce qu'avait entrepris, dans un cadre institutionnel inchangé, la loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes de l'assurance maladie, qui avait créé l'accord-cadre interprofessionnel. Le présent article s'inscrit dans une réforme bien plus ambitieuse du système de santé.

La convention médicale, acte fondateur entre les médecins et la société, est la clé de voûte qui permet de concilier un haut degré de liberté dans l'organisation du système de soins et la prise en charge socialisée des dépenses de santé, deux principes centraux de notre système de santé. Or, s'agissant de la situation conventionnelle, il est utile de rappeler que la situation des médecins spécialistes au regard de leurs rapports avec les régimes de l'assurance maladie est fixée depuis 1995 par règlement conventionnel minimal, alors que les médecins généralistes sont sous statut conventionnel. La situation appelle des changements.

Le dispositif propose de rénover les outils de la régulation conventionnelle

Le présent article vise à simplifier les conditions de conclusion des conventions et propose de mettre en place des mécanismes destinés à renforcer l'applicabilité et la crédibilité des conventions. En outre, il intègre au cadre

conventionnel la possibilité aménagée par l'article 6 du présent projet de loi (*cf. supra*) de conclure des accords conventionnels interprofessionnels.

Les améliorations apportées sont les suivantes :

- facilitation de la transmission des conventions aux ministres et des conditions de leur approbation ;
- instauration d'un « droit d'opposition » ;
- publication des textes conventionnels au Journal officiel ;
- suppression du règlement conventionnel minimal (RCM) et création d'une procédure d'arbitrage.

Le **paragraphe I** de cet article vise à modifier l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions d'application des conventions passées entre les professionnels de santé et les organisations représentatives des professions de santé. Il a pour objet de faciliter, d'une part, la transmission des conventions aux ministres et, d'autre part, leur approbation par ces mêmes autorités.

Le **A** du I vise à modifier le premier alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions dans lesquelles les conventions sont *transmises* aux ministres.

Le 1° du A propose de tenir compte de la possibilité aménagée par l'article 6 (*cf. supra*) du présent projet de loi de conclure des accords conventionnels interprofessionnels, en prévoyant qu'ils sont également transmis aux ministres.

Le 2° du A vise à simplifier la procédure en supprimant l'obligation de transmission aux ministres chargés de l'agriculture, de l'économie et du budget. L'obligation de transmission des conventions ne concerne donc que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ce qui est cohérent avec les mesures financières visant à mieux distinguer le budget de l'Etat de celui des régimes de l'assurance maladie et avec le choix effectué par le gouvernement d'une maîtrise des dépenses sur une base médicalisée.

Le **B** du I propose de modifier le deuxième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions dans lesquelles les conventions sont *approuvées* par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le 1° du B du I vise à prendre en compte la possibilité de conclure des accords conventionnels interprofessionnels. Ceux-ci seront également transmis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le 2° du B vise à simplifier et accélérer significativement la procédure d'approbation de la convention par le ministre.

Conformément aux articles 34 (définition du domaine de la loi) et 21 (pouvoir réglementaire attribué au gouvernement) de la Constitution, et comme l'a jugé le Conseil d'Etat, la convention ne produit des effets juridiques qu'après approbation par le ministre. Le 2° du B propose que le délai à l'expiration duquel l'accord est réputé approuvé soit réduit de quarante-cinq à vingt et un jours. En outre, il est proposé de limiter les motifs d'opposition des ministres à la non-conformité aux lois et règlements et à la présence de dispositions contraires à la politique de santé publique ou à la sécurité sanitaire, alors que dans la rédaction en vigueur les ministres peuvent s'opposer à la convention en raison de l'incompatibilité de la convention avec l'objectif de dépenses. Cette proposition de rédaction diminue sensiblement la marge de manœuvre des ministres et responsabilise d'autant les partenaires à la convention. Elle signifie que toutes les décisions conventionnelles ne peuvent faire l'objet d'un refus par le ministre de la santé ou de la sécurité sociale que pour des motifs liés à la légalité de l'accord ou à des motifs de santé publique. Ce sera notamment le cas de la convention fixant les modalités des possibilités de dépassement accordées aux médecins (*cf. supra* article 5 du présent projet de loi).

Le 3° du B est une mesure de cohérence qui propose de supprimer l'obligation d'approbation par les ministres chargés de l'agriculture, de l'économie et du budget.

Le C du I modifie le troisième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, qui donne la possibilité au ministre de disjoindre une partie de la convention. Il regroupe des mesures de coordination relatives, d'une part, à la substitution de l'UNCAM à la CNAMTS et aux autres caisses nationales et, d'autre part, à la possibilité de conclure des accords interprofessionnels.

Le D du I présente un caractère plus structurel. Il vise à instaurer un « droit d'opposition ».

A l'image de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, cet article crée une sorte de « droit d'opposition majoritaire » afin d'éviter l'adoption de dispositions conventionnelles auxquelles serait opposée la majorité de la profession concernée. A cette fin, le D du I propose d'insérer un alinéa nouveau dans l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale. Selon la rédaction de ce nouvel alinéa, ferait obstacle à la mise en œuvre d'une convention une opposition majoritaire, calculée de la manière suivante :

– pour les médecins, « *une ou plusieurs organisations syndicales représentant (...), d'après les résultats des élections aux unions régionales de médecins libéraux mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique, la majorité des suffrages exprimés* » ; à noter que la rédaction est ambiguë : s'agit-il de la majorité absolue ou relative ?

– pour les autres professions de santé, « *au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale* ».

La possibilité aménagée d'un droit d'opposition majoritaire, qui pourrait être interprétée comme un facteur de fragilisation du dispositif, est une arme à double tranchant. Si elle n'est pas employée par un ou des syndicats contestant une convention, cela exprime de leur part une adhésion minimale à ses dispositions. Si un ou des syndicats utilisent cette procédure et échouent à réunir une majorité, la convention pourrait en ressortir paradoxalement renforcée.

Le **E** du I vise à rendre la convention plus facilement applicable.

A cette fin, il propose d'abord que tous les textes conventionnels (accords-cadres, accords interprofessionnels, conventions nationales et avenants) soient publiés au Journal officiel. Ensuite, il précise les conditions d'application des conventions aux professionnels de santé. Les textes sont applicables aux professionnels de santé s'installant en exercice libéral ou à ceux souhaitant adhérer à la convention pour la première fois. Leur application aux autres professionnels de santé est présumée, sauf si le professionnel de santé fait connaître son refus.

Le **paragraphe II** du présent article vise à préciser les conditions dans lesquelles une convention est tacitement reconduite.

Cette reconduction est donc présumée sauf si un syndicat signataire ou un ou plusieurs syndicats représentatifs des professions concernées forment opposition. Les conventions visées par cette disposition concernent toutes les professions de santé et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** de cet article a pour objet de créer une procédure d'arbitrage en cas de rupture des négociations. Il vise à supprimer le règlement conventionnel minimal dont la fixation unilatérale par l'Etat est devenue incompatible avec le souhait d'une délégation élargie qui anime le présent projet de loi.

A cette fin, le III propose une nouvelle rédaction de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, composée d'un I et d'un II.

Le I de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale propose l'instauration d'une procédure d'arbitrage en cas de rupture de négociation ou d'opposition à la reconduction d'une convention.

L'arbitre arrête un projet de convention « *dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé* ». Sa marge de manœuvre peut donc être très limitée. Ce projet est soumis pour approbation aux ministres, qui ne peuvent s'y opposer que pour des motifs liés à la santé publique ou à la légalité de la convention.

Si l'UNCAM et au moins un syndicat représentatif des professionnels de santé libéraux adhèrent à ce projet, ce projet devient la convention soumise à approbation ministérielle. En l'absence d'adhésion de l'UNCAM et d'au moins un syndicat, le projet s'applique en tant que règlement arbitral. Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement ou de la convention. Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, il cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention.

Le II de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale aménage une négociation entre les partenaires à la convention sur la nomination d'un arbitre. L'arbitre est désigné par l'union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation (formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale), il est désigné par le premier président de la Cour des comptes.

*

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz visant respectivement à supprimer l'article et à accroître le délai constitutif d'une approbation implicite des conventions par le ministre chargé de la santé.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen tendant à conserver, dans les motifs possibles d'opposition du ministre aux conventions, leur incompatibilité avec les objectifs de dépenses ou les risques qu'elles présenteraient en termes de santé publique ou d'égal accès aux soins.

La commission a examiné un amendement de précision du rapporteur. Après que le rapporteur a indiqué qu'il s'agit d'exiger une majorité absolue lors des élections aux unions régionales des médecins libéraux pour la mise en œuvre du droit d'opposition syndicale aux conventions institué par le projet, les syndicats médicaux étant eux-mêmes divisés sur ce point, la commission a *adopté* cet amendement.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz portant sur les conditions de désignation de l'arbitre chargé d'arrêter la convention en cas d'échec des négociations.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél prévoyant, dans le paragraphe II de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale relatif aux conditions de désignation de l'arbitre, qu'à défaut d'acceptation du « projet » par les parties signataires ou en cas d'opposition majoritaire des syndicats médicaux, il est désigné par le Premier président de la Cour des comptes.

Le rapporteur s'étant interrogé sur le « projet » visé par l'amendement, **M. Jean-Luc Prél** a indiqué qu'il s'agit du projet de convention. A la demande du **rapporteur**, qui a jugé perfectible la rédaction de cet amendement, son auteur l'a *retiré*.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur confiant au président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, plutôt qu'au Premier président de la Cour des comptes, la désignation de l'arbitre en cas d'opposition à la première désignation opérée par l'UNCAM et au moins un syndicat représentatif.

En conséquence, un amendement de M. Jean-Luc Prél confiant cette désignation au président de la Haute autorité de santé est *devenu sans objet*.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard visant à modifier, dans le code de la sécurité sociale, les règles de majorité applicables aux syndicats de professionnels de santé libéraux dans le cadre de la signature des conventions.

Puis la commission a *adopté* l'article 28 ainsi modifié.

Après l'article 28

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél introduisant dans les conventions médicales des volets spécifiques par type d'activité, après que le rapporteur a considéré que cet amendement est prématuré.

Article 29

(articles L. 162-5-2, L. 162-5-11, L.162-11, L. 162-12-3, L. 162-12-10, L. 162-12-18, L. 162-14-1, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 722-1-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale, article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins)

Dispositif conventionnel d'aides à l'installation et de prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux

On observe aujourd'hui d'importantes disparités territoriales en matière d'implantation des professionnels de santé libéraux, qui conduisent dans certains cas à accroître artificiellement la consommation de soins, tandis que dans les zones de « sous-densité médicale », en particulier en milieu rural, les conditions de travail des médecins et surtout l'accès aux soins se dégradent.

Au cours de ces dernières années, plusieurs dispositifs ont été mis en place afin de mieux répartir l'offre de soins sur le territoire et de promouvoir l'égal de tous aux soins, à travers par exemple des aides au départ. L'article 29 de la loi de finances pour 2002 a également prévu un dispositif de primes à l'installation, mais le zonage prévu par le décret du 30 novembre 2003 s'est avéré trop restrictif et est actuellement en cours de modification.

Il s'avère cependant nécessaire de poursuivre cet effort dans la mesure où les évolutions démographiques en cours risquent d'accroître encore ces inégalités, notamment pour les généralistes. Par ailleurs, comme l'a souligné le rapport Descours¹ de mai 2003, « *compte tenu de la pluralité des situations et des professions, une réponse unique n'est pas envisageable. En conséquence, divers instruments d'aide à l'installation doivent être développés pour rendre le dispositif attractif* ».

C'est pourquoi le présent article propose de confier aux partenaires conventionnels (organismes d'assurance maladie et représentants des professionnels de santé) de nouvelles responsabilités dans ce domaine, et plus généralement dans la gestion de la médecine de ville.

Le **paragraphe I** de cet article complète, par deux alinéas, l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, qui précise le contenu des différentes conventions conclues entre, d'une part, les caisses d'assurance maladie et, d'autre part, les généralistes, les spécialistes, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les directeurs de laboratoires d'analyses médicales ainsi que les entreprises de transports sanitaires².

***Le contenu actuel des conventions conclues entre
les caisses d'assurance maladie et les professions de santé***

(article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale)

« 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 ; 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. »

¹ Rapport au ministre de la santé de M. Charles Descours, sénateur honoraire, « Propositions en vue d'améliorer la répartition des professionnels de santé sur le territoire » (mai 2003).

² Ces conventions sont respectivement prévues par les articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale.

- Il s'agit, en premier lieu, de confier aux conventions la possibilité de définir des **dispositifs d'aides à l'installation des professionnels de santé libéraux** dans les zones mentionnées au 1° de l'article L. 162-47 du même code, tel qu'inséré par l'article 39 du projet de loi (4°).

Toutefois, afin d'apporter plus de souplesse à ce dispositif et surtout prendre en compte les spécificités régionales, il est proposé que l'union régionale de caisses d'assurance maladie (URCAM) puisse adapter les obligations auxquelles sont soumis les bénéficiaires de ces aides ainsi que leurs conditions d'attribution, après concertation avec les professionnels de santé.

L'exposé des motifs précise par ailleurs qu'une évaluation de ces politiques sera réalisée d'ici trois ans afin de mesurer l'efficacité des politiques mises en œuvre et d'améliorer la répartition de l'offre de soins libérale.

- En outre, **les conditions de participation** des caisses d'assurance maladie **au financement des cotisations sociales** des professionnels de santé au titre des articles L. 242-11 (cotisations d'allocations familiales), L. 645-2 (assurance vieillesse) et L. 722-4 du même code (prestations maladie, maternité et décès du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés) seront désormais précisées par la convention, et non plus par décret en Conseil d'Etat (5°).

Il est également prévu que les partenaires conventionnels déterminent l'assiette et le niveau de cette participation, les modalités de sa modulation, *« notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice »*, ainsi que les modalités de calcul et de répartition entre régimes de celle-ci.

Comme c'est le cas actuellement, la participation ne peut être attribuée qu'à la condition que le professionnel de santé ait versé la cotisation à sa charge, dans un délai fixé par décret. Cette participation peut être, en tout ou partie, suspendue pour les professionnels de santé qui ne respectent pas des obligations posées par les conventions, dans les conditions prévues par ces dernières.

Les **paragraphe II à IX** de cet article procèdent essentiellement à des modifications de cohérence de plusieurs articles du code de la sécurité sociale.

Ainsi, le **paragraphe II** modifie la rédaction du premier alinéa de l'article L. 162-11 du même code afin de préciser qu'à défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, leurs frais accessoires ainsi que *« la participation au financement des cotisations prévue au 4° de l'article L. 162-14-1 »* sont fixés par des conventions conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs de chacune de ces professions, dans la limite des tarifs fixés par arrêté interministériel.

Par coordination, le **paragraphe III** de cet article supprime les articles L. 162-5-11, L. 645-2-1 et L. 722-4-1 du même code, qui précisent les

conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie des cotisations sociales dues par les médecins conventionnés, cette participation étant fixée par décret (en l'absence de convention, la contribution de l'assurance maladie pouvait également être prévue par le règlement conventionnel minimal).

De même, les **paragraphes IV** et **V** de cet article abrogent les dispositions prévues par les articles L. 645-2 et L. 722-4 du même code concernant les cotisations dues au titre des assurances vieillesse et du régime des praticiens et des auxiliaires médicaux conventionnés.

Par coordination, le **paragraphe VI** de cet article modifie la rédaction de l'article L. 162-5-2 du même code, qui permet aux conventions, en cas de non-respect des références médicales prévues par celles-ci, de mettre à la charge du médecin tout ou partie des différentes cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie, s'il est conventionné, ou une somme équivalente si le médecin est en secteur 2, c'est-à-dire s'il pratique des tarifs supérieurs à ceux de la convention.

Ce dispositif sera ainsi remplacé par le versement d'une contribution par le médecin, dont les niveaux, les modalités d'application, de modulation ou de répartition entre régimes sont définis dans la convention des médecins généralistes et des spécialistes.

Dans le même sens, le **paragraphe VII** de cet article procède à des modifications de cohérence des articles L. 162-12-3 et L. 162-12-10 du même code.

Par coordination, le **paragraphe VIII** de cet article modifie la rédaction de l'article L. 162-12-18 du même code, aux termes duquel les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la participation des caisses d'assurance maladie à leurs cotisations sociales.

Dans le même sens, le **paragraphe IX** de cet article abroge le dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du même code, qui prévoit la possibilité pour les caisses d'assurance maladie de prendre en charge une partie des cotisations sociales des médecins pratiquant des honoraires différents de ceux définis par leur convention et qui ont demandé à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non agricoles.

Enfin, le **paragraphe X** de cet article modifie la rédaction de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, afin de supprimer les dispositions prévoyant qu'un décret détermine les conditions dans lesquelles le préfet définit les zones dans lesquelles les professionnels de santé, autres que les médecins, peuvent bénéficier d'aides à l'installation du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Ce paragraphe procède également à une modification analogue de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins concernant le Fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale, qui peut attribuer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

*

La commission a *rejeté* deux séries amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant cet article, puis son paragraphe I.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel instituant une modulation des honoraires afin d'encourager l'installation de médecins dans les zones de faible densité. **M. Jean-Luc Préel** a fait valoir qu'il s'agit d'un moyen efficace de favoriser l'installation dans les zones rurales et périurbaines.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant une évaluation annuelle des dispositifs instaurés par l'article 29, évaluation communiquée aux conférences régionales de santé.

Le rapporteur a présenté un sous-amendement de précision, puis la commission a *adopté* le sous-amendement et l'amendement ainsi modifié.

La commission a *rejeté* neuf séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz supprimant les paragraphes II à X de l'article 29.

La commission a *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 29

(article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale) :

Contrats dérogatoires destinés à faciliter l'exercice regroupé des professions de santé dans les zones de densité médicale insuffisante

La commission a examiné un amendement du rapporteur autorisant les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) à conclure avec des professionnels de santé des contrats comportant des clauses dérogatoires et destinés à inciter à un exercice regroupé, notamment dans les zones où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Le rapporteur a expliqué que des incitations et l'assouplissement de certaines règles d'exercice sont nécessaires pour favoriser le regroupement des professionnels dans les zones de faible densité médicale. En effet, dans les zones rurales, la crainte de la solitude est un élément de découragement des jeunes médecins.

M. Richard Mallié ayant demandé qui seraient les signataires de ces contrats pour le compte des professionnels, **le rapporteur** a répondu qu'en l'absence, à l'heure actuelle, d'unions régionales des professionnels de santé, ces signataires seraient les syndicats de professionnels, tandis que **M. Simon Renucci** a considéré que ce pourraient être les conseils de l'ordre. **M. Richard Mallié** a souhaité que la notion d'union régionale des professionnels de santé soit introduite à l'article 31 du projet de loi.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 29

Prolongation des conventions nationales avec les professions de santé

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant la prolongation jusqu'au 31 décembre 2004 des dispositions des conventions nationales entre les professions de santé et les caisses de sécurité sociale afin d'éviter que les partenaires sociaux ne soient contraints de mener des négociations sans connaître les dispositions du présent projet de loi.

Section 5

Organisation de l'assurance maladie

Avant l'article 30

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz rétablissant pour l'une les élections à la sécurité sociale et précisant pour l'autre les règles relatives à la qualité d'électeur, à l'éligibilité et à certaines incompatibilités s'appliquant aux conseils d'administration des caisses de sécurité sociale.

Article 30

(articles L. 221-2 à L. 221-4 du code de la sécurité sociale)

Réforme des instances dirigeantes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Cet article a pour objet de réformer les instances dirigeantes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS¹) afin d'instaurer un nouvel équilibre des responsabilités entre ces instances permettant de mieux distinguer entre la fonction d'orientation stratégique et celle de mise en œuvre opérationnelle.

A cet effet, le paragraphe I dote la CNAM d'un conseil et d'un directeur général dont la composition, la désignation et les attributions respectives sont fixées par le paragraphe II pour le conseil et le paragraphe III pour le directeur général. Le paragraphe IV adapte ces évolutions à la branche accidents du travail et maladies professionnelles tandis que le paragraphe V prévoit les dispositions transitoires relatives aux mandats des administrateurs actuels de la CNAM.

Le **paragraphe I** complète donc l'article L. 221-2 actuel du code de la sécurité sociale relatif au statut d'établissement public administratif national de la CNAM et à ses conséquences (personnalité juridique et autonomie financière, tutelle) par un alinéa prévoyant que la CNAM est dotée d'un « conseil » et d'un « directeur général ».

Cet alinéa précède de façon symbolique l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale dont la rédaction actuelle² précise que la CNAM est administrée par un « conseil d'administration ». Il annonce donc d'entrée la réorganisation des instances dirigeantes de la CNAM opérée par le présent article.

Le schéma actuel d'organisation – commun d'ailleurs aux trois caisses nationales de l'assurance maladie (CNAM), des allocations familiales (CNAF) et de l'assurance vieillesse (CNAV) – repose sur la distinction entre « conseil d'administration » et « conseil de surveillance ».

– Le premier, structure composée sur un mode paritaire de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs, ainsi que de personnalités qualifiées désignées par l'Etat, a pour rôle³ de régler par ses délibérations « *les affaires de l'organisme* », c'est-à-dire d'adopter les décisions liées à la gestion de cet organisme – à moins qu'il n'ait délégué cette compétence –, mais aussi⁴ d'orienter et de contrôler l'activité de la caisse.

¹ Par simplification, on utilisera dans la suite du propos l'acronyme simplifié CNAM.

² Modifiée par le II du présent article

³ En vertu de la rédaction de l'article L. 231-8-1 du code de la sécurité sociale

⁴ Ibid.

Un premier défaut de cette organisation est la maîtrise trop formelle de la gestion de la CNAM par le conseil d'administration. Structure lourde, peu réactive – on rappellera par exemple que l'article L. 231-8 du code de la sécurité sociale impose un quorum de plus de la moitié des membres – le conseil d'administration s'appuie naturellement sur le directeur de la caisse et, de fait, son action en matière de gestion relève davantage d'un contrôle et d'une ratification *a posteriori* des décisions prises par celui-ci que d'une véritable association aux affaires quotidiennes de la caisse.

La rédaction de l'article L. 231-8-1 du code de la sécurité sociale reflète le deuxième défaut de l'organisation actuelle du conseil d'administration. Alors qu'il est censé régler la gestion courante de l'organisme, cet article lui donne pour mission d'orienter et de contrôler cette gestion. Il y a indéniablement une confusion entre ces missions qui ne sert la qualité d'aucune des deux. Au total, le sentiment souvent exprimé, constamment cité dans l'analyse des causes de la crise de l'assurance maladie, est que les réunions du conseil d'administration s'apparentent plus à des grands-messes – comme y invitent d'ailleurs les rendez-vous réguliers imposés par l'article précité – qu'à des lieux réellement efficaces de décision.

– Au surplus, cette mission de contrôle assignée au conseil d'administration semble en partie redondante avec celle de la seconde instance dirigeante actuelle de la CNAM : le conseil de surveillance. Celui-ci¹, en vertu de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, se réunit au moins deux fois par an « *pour examiner les conditions de gestion et de mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion* ».

Dès lors, le nouveau schéma d'organisation distingue entre les trois fonctions d'orientation stratégique confiée au conseil (paragraphe II), de gestion confiée au directeur général de la CNAM (paragraphe III) et de contrôle confiée au conseil de surveillance, qui n'est pas concerné par la réforme de la CNAM.

Le **paragraphe II**, en opérant une nouvelle rédaction de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale, précise, dans les sept premiers alinéas de cet article, la composition du conseil et, dans les alinéas suivants, son rôle et certaines de ses modalités de fonctionnement.

La **composition du conseil** est marquée par une grande continuité par rapport aux règles régissant celle de l'actuel conseil d'administration.

On rappellera que le conseil d'administration de la CNAM comprend actuellement – en vertu des dispositions de l'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale – trente-trois membres avec voix délibérative :

¹ Composé notamment de représentants du Parlement, des collectivités territoriales, des usagers et des professions et établissements de santé.

– treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations représentatives au plan national dans le champ interprofessionnel¹ ;

– treize représentants des employeurs désignés par les organisations représentatives au plan national² ;

– trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

– quatre personnalités qualifiées dans le domaine de l’assurance maladie désignées par l’Etat.

S’y ajoutent, avec voix consultative, un représentant désigné par l’Union nationale des associations familiales (UNAF) et trois représentants élus du personnel.

La composition prévue pour le futur conseil n’est pas déterminée avec autant de précision que précédemment puisque le nombre de représentants de chaque catégorie n’est pas fixé et le sera par la voie réglementaire. Toutefois, il ne semble pas dans l’intention du gouvernement de modifier profondément les équilibres au sein du conseil et les règles de désignation des divers membres demeurent inchangées. Il convient cependant de préciser – même si l’esprit du texte est de toute évidence celui-ci – que les représentants des partenaires sociaux continuent de disposer d’une place prépondérante dans la composition du conseil.

Le conseil comprendra ainsi :

a) Des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales représentatives (**deuxième alinéa de l’article L. 221-3 nouveau**). On observera sur ce point la parfaite continuité entre le mode de désignation actuel et les règles futures puisque l’abandon de la référence au caractère interprofessionnel des organisations considérées ne change rien au fait que celles-ci doivent faire la preuve de leur représentativité sur le fondement de l’article L. 133-2 du code du travail dans le champ d’activité de la CNAM, c’est-à-dire un champ interprofessionnel. Par ailleurs, contrairement à la demande formulée par certaines organisations syndicales, le principe de l’élection de ces représentants, abandonné en 1996 après plusieurs prolongations du mandat des administrateurs élus pour la dernière fois en 1982, n’est pas rétabli faute notamment d’accord sur les modalités de ces élections : les membres représentant les assurés sociaux au sein du conseil seront désignés par les organisations concernées comme le sont aujourd’hui les administrateurs de la CNAM.

b) Des représentants des organisations patronales nationales représentatives (**deuxième alinéa**) en nombre égal aux représentants des assurés sociaux. En dépit des interrogations parfois formulées sur la capacité de maintenir

¹ Soit actuellement : la CFDT, la CFE-CGC, la CFTC, la CGT et la CGT-FO

² On rappellera que le MEDEF et la CGPME ont quitté ce conseil d’administration en 2001 tandis que l’UPA s’y est maintenue.

une représentation paritaire entre salariés et employeurs, compte tenu notamment du retrait du MEDEF et de la CGPME du conseil d'administration, le texte confirme la présence paritaire des partenaires sociaux dans les instances dirigeantes de la CNAM. L'annonce par le MEDEF de son retour au sein des instances renouvelées – notamment du fait de la clarification entre les fonctions de gestion et d'orientation – rend au surplus ce choix du paritarisme crédible.

c) Des représentants de la FNMF et « *d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie* » (**troisième alinéa**). Si la présence des représentants de la FNMF s'inscrit dans la continuité de la composition actuelle, la rédaction retenue soulève des interrogations portées par divers acteurs sur une éventuelle ouverture du conseil aux représentants des usagers ou des organismes d'assurance complémentaire autres que les mutuelles ou encore aux professionnels de santé.

Le conseil comporte en outre des membres à voix consultative, à savoir des représentants élus du personnel (**quatrième alinéa**). On notera la disparition de la présence explicite de l'UNAF de cette catégorie de membres. On notera enfin que le directeur général, s'il ne vote pas, assiste aux réunions du conseil en vertu du **septième alinéa**.

Le **quatrième alinéa**¹ fixe la durée du mandat des membres du conseil à cinq ans tandis que le **cinquième** prévoit la désignation par les partenaires sociaux d'un suppléant aux côtés de chaque titulaire appelé à remplacer celui-ci pour la durée du mandat restant à courir en cas de démission, d'empêchement ou de décès.

Le *rôle du conseil* est en revanche profondément modifié par rapport à celui de l'actuel conseil d'administration de la CNAM.

En lieu et place de la mission générale assignée au conseil d'administration de régler les affaires de la caisse² sauf délégation à une autre instance, le conseil reçoit par le présent article une compétence d'attribution, centrée sur la définition d'orientations, de principes, d'objectifs et d'axes. Il est donc clairement déchargé de la gestion courante et se concentre sur une mission d'orientation stratégique.

A cet effet, il reçoit compétence pour :

– Déterminer les orientations relatives à l'assurance maladie contribuant à la politique de santé, à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention et des soins (**neuvième alinéa**). Cette association de la CNAM à la mise en œuvre de la politique de santé en général s'inscrit pleinement dans l'idée du renforcement nécessaire de la cohérence des acteurs. Sont d'emblée affirmées

¹ Qui renvoie également les conditions de la désignation d'un président en son sein à un décret en Conseil d'Etat.

² Même si la modification de l'article L. 121-1 du code de la sécurité sociale opérée par le 2° de l'article 38 du projet maintient pour le futur conseil la compétence de « régler les affaires » de la CNAM

la recherche d'une meilleure coordination entre les différents acteurs et l'inscription de leur action dans les priorités de santé.

– Déterminer les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre (**dixième alinéa**). Cette mission recouvre par exemple les objectifs en matière de niveau de prise en charge des dépenses de santé par la caisse.

– Elaborer, dans le champ d'activité de la caisse, le projet de budget, en dépenses et en recettes, pour l'année suivante conformément à l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale créé par le I de l'article 21 du projet de loi (**onzième alinéa**). On rappellera que cette définition s'inscrit dans le cadre des objectifs de santé publique définis par l'Etat et dans celui de l'équilibre pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

– Déterminer les orientations de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue au minimum tous les trois ans avec l'Etat, en vertu de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale (**douzième alinéa**). Cette compétence illustre bien le changement d'équilibre entre les instances dirigeantes au sein de la CNAM : plutôt que de confier au conseil la rédaction, lourde, des COG comme c'est le cas aujourd'hui, le présent article lui confie le soin d'en définir les termes essentiels et en confie la formalisation et la finalisation au directeur général qui signe le document avec le président du conseil (**dix-neuvième alinéa**).

– Définir la politique de la caisse en matière de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes (**treizième alinéa**). Ainsi, c'est au conseil que reviendra par exemple le choix des priorités à assigner au service du contrôle médical.

– Définir les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers (**quatorzième alinéa**). On retrouve par ce point l'un des éléments fondamentaux des COG.

– Définir les axes de la politique de communication tant à l'égard des assurés que des professions de santé (**quinzième alinéa**).

– Déterminer les orientations relatives à l'organisation du réseau (**seizième alinéa**).

– Enfin, élaborer les budgets nationaux de gestion et d'intervention (**dix-septième alinéa**).

Le fonctionnement du conseil et l'articulation de son action avec celle du directeur général.

Le directeur général est chargé en vertu du **dix-huitième alinéa** :

– de la préparation des orientations de la politique de gestion du risque et des objectifs prévus pour sa mise en œuvre déterminées par le conseil visées au dixième alinéa ;

– de la préparation des propositions de budget déterminées par le conseil visées au onzième alinéa ;

– de la préparation des budgets nationaux de gestion et d'intervention arrêtés par le conseil visés au dix-septième alinéa.

Le conseil peut, sur la base du même dix-huitième alinéa, demander par un avis motivé – qui en l'absence d'autre précision semble pouvoir être adopté à la majorité simple des présents – au directeur général un second projet sur tous ces points. Ce second projet ne peut être refusé qu'à la majorité des deux tiers des membres. On notera que cet alinéa ne confie pas au directeur général le soin de préparer les autres orientations dont la détermination relève de la compétence du conseil : par exemple l'inclusion de l'assurance maladie dans l'ensemble de la politique de santé ou les orientations des COG.

Le directeur général est en outre chargé de la mise en œuvre des orientations arrêtées par le conseil et peut formuler des recommandations en vue de leur aboutissement (**vingtième alinéa**). Cette mission d'exécution confiée au directeur général mériterait d'être précisée. S'agit-il de la mise en œuvre des seules orientations de la COG visée à l'alinéa précédent ? De la mise en œuvre des « orientations » visées aux neuvième, dixième, douzième et seizième alinéas ? Ou bien s'agit-il, comme cela semblerait logique, des orientations au sens extensif du terme, recouvrant l'ensemble des compétences du conseil visées aux neuvième à dix-septième alinéas ?

Le conseil dispose quant à lui des compétences suivantes :

– désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans d'autres instances (**vingt et unième alinéa**) ;

– examen de toute question relative à l'assurance maladie sur saisine par le ministre en charge de la sécurité sociale¹ (**vingt-deuxième alinéa**) ;

– contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions, sur avis motivé adopté à la majorité de deux tiers des membres (**vingt-troisième alinéa**).

¹ On peut se demander sur ce point s'il ne serait pas opportun de prévoir sur certaines questions une consultation plus systématique de l'assurance maladie.

L'**avant-dernier alinéa** précise certaines des modalités de fonctionnement du conseil :

- périodicité des réunions : au moins une fois par trimestre ;
- convocation du conseil par le président ou de droit à la demande de l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement¹ ;
- fixation de l'ordre du jour par le président ;
- en cas de partage des voix, voix prépondérante du président.

Les autres modalités de fonctionnement, ainsi que plus généralement les modalités de mise en œuvre de l'article, sont renvoyées par le **dernier alinéa** au pouvoir réglementaire.

Le **paragraphe III**, par l'insertion dans le code de la sécurité sociale d'un article L. 221-3-1 nouveau, définit les modalités de désignation du directeur général de la CNAM ainsi que ses compétences.

Les modalités de désignation

Le **premier alinéa du nouvel article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale** prévoit une consultation du conseil de la CNAM sur la proposition de nomination du directeur général. Le conseil est saisi pour avis par le ministre en charge de la sécurité sociale de la proposition de nomination envisagée. Il peut à la majorité des deux tiers de ses membres « *formuler son opposition* » à celle-ci. Même si l'on imagine mal un ministre nommer au poste de directeur général un candidat désavoué par les deux tiers du conseil, il convient cependant de s'interroger sur la portée juridique de cette opposition. La formule retenue pourrait donner à penser que le conseil ne pourrait pas juridiquement s'opposer à une telle nomination.²

Le **deuxième alinéa** prévoit la désignation du directeur général par décret pour une durée de cinq ans. Cette durée est cohérente avec celle du mandat des membres du conseil et permettra au directeur général de la CNAM d'exercer ses fonctions de façon indépendante et de bénéficier d'un horizon temporel suffisant. Le même alinéa prévoit qu'il peut être mis fin à ses fonctions – de façon implicite par la même voie du décret – après avis du conseil.

Les compétences du directeur général

Le directeur général dispose d'un large pouvoir sur les affaires de la caisse. En effet, le **troisième alinéa de l'article L. 221-3-1 précité** lui confie le pouvoir de direction sur l'établissement, l'autorité sur l'ensemble du réseau

¹ On observera qu'il n'est pas prévu de convocation à la demande d'une partie des membres du conseil.

² En revanche, la désignation d'un directeur général non soumise à l'avis du conseil serait entachée d'illégalité.

régional et local de l'assurance maladie, la responsabilité du bon fonctionnement de l'ensemble des caisses (nationale, régionales et locales) et lui attribue à cette fin la capacité de prendre toute décision nécessaire et d'exercer toute compétence non dévolue à une autre autorité, notamment au conseil. Il n'exerce donc pas une compétence d'attribution mais une compétence de principe. Cette disposition concourt naturellement à faire du directeur général un exécutif fort.

Au titre des compétences qui lui sont expressément dévolues figurent :

– la négociation et la signature¹ de la COG visée à l'article L. 227-1 et des contrats pluriannuels de gestion visés à l'article L. 227-3 du même code (**quatrième alinéa**) ;

– une compétence générale en matière de gestion de la caisse nationale, y compris la capacité de recourir à l'emprunt (**sixième alinéa**) ;

– l'établissement et l'exécution des budgets de gestion et d'intervention de la caisse et des différents fonds ainsi que la capacité générale de contracter au nom de la caisse (**septième alinéa**) ;

– l'autorité sur le réseau tant en termes d'organisation que de pilotage : définition des circonscriptions des organismes locaux ; prescription de mesures tendant à améliorer la gestion de ceux-ci ou de mesures de redressement (allant jusqu'à la capacité de substitution en cas de carence) ; application aux organismes locaux de conventions de prix ou de marchés types ; contrôle de la compatibilité de leurs schémas informatiques ; pouvoir de substitution en cas de non-exécution d'une dépense ou recette obligatoire par un organisme de base (**huitième alinéa**) ;

– la compétence sur les systèmes d'information participant à la maîtrise de l'évolution des dépenses ; à ce titre, c'est le directeur général de la CNAM qui semble devoir par exemple être responsable pour l'assurance maladie de la mise en œuvre du dossier médical personnel (**neuvième alinéa**).

Le **dixième alinéa** lui confie une compétence nouvelle, à mettre en relation avec l'objectif affirmé par l'article 1^{er} du projet de loi de la recherche d'un « usage efficient des ressources qui lui [la santé publique] sont consacrées par la Nation », celle de prendre les décisions nécessaires au respect de l'ONDAM. Si l'ONDAM conserve en vertu des dispositions relatives aux lois de financement de la sécurité sociale son caractère indicatif, le présent alinéa renforce son caractère opposable au directeur général de la CNAM.

Le **onzième alinéa** précise les moyens dont dispose le directeur général pour exercer ces compétences :

¹ Avec le président du conseil conformément au II de l'article pour les COG (cf. supra). S'agissant des contrats pluriannuels, le président du conseil n'en est pas signataire en vertu du présent article et la seule signature par le directeur général, justifiée par son autorité renforcée sur le réseau, est prévue par le paragraphe V de l'article 33 du projet.

- représentation de la CNAM en justice et dans tous les actes de la vie civile ;
- signature des marchés et conventions ;
- statut d’ordonnateur des dépenses et recettes de la caisse ;
- capacité de recrutement du personnel et autorité sur celui-ci ;
- possible délégation de signature.

Le **douzième alinéa** crée au profit du directeur général un pouvoir fort, cohérent avec les missions qui lui sont confiées de pilotage du réseau et de respect de l’ONDAM, en lui ouvrant la faculté de suspendre ou annuler une délibération (d’un conseil) ou une décision (d’un directeur) adoptée par une caisse locale ou régionale méconnaissant les engagements contractuels conclus par la CNAM dans le cadre de la COG ou d’un contrat pluriannuel de gestion.

Le **dernier alinéa** prévoit que le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse mais également du réseau après la clôture des comptes de chaque exercice.

Le **paragraphe IV** opère une nouvelle rédaction de l’actuel article L. 221-4 du code de la sécurité sociale relatif à l’adaptation des dispositions relatives au conseil à l’organisation particulière de la branche accidents du travail et maladies professionnelles.

Sous réserve de dispositions spécifiques, la commission des accidents du travail et maladies professionnelles visée à l’article L. 221-5 du code de la sécurité sociale exerce les missions dévolues au conseil par le II du présent article et est régie par les mêmes règles de fonctionnement.

On observera que certaines organisations patronales, notamment le MEDEF, plaident pour une séparation organique du conseil de la CNAM et de la commission de la branche accidents du travail-maladies professionnelles, celle-ci relevant alors d’une gestion paritaire par les seuls partenaires sociaux sur le modèle de l’UNEDIC.

Le **paragraphe V** prévoit que le mandat des membres actuels du conseil d’administration de la CNAM – et donc également en vertu des dispositions des deuxième, troisième et cinquièmes alinéas de l’article L. 221-5 celui des membres de la commission de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles – prend fin à la date d’installation du nouveau conseil de la CNAM.

Suivant l'avis du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques tendant respectivement à supprimer l'article 30 et son paragraphe I prévoyant que la CNAM est dotée d'un conseil et d'un directeur général se substituant au conseil d'administration et au directeur existant actuellement.

La commission a également *rejeté* cinq séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à maintenir les dispositions actuelles du code de la sécurité sociale relatives aux instances dirigeantes de la CNAM.

Puis elle a *adopté* un amendement du rapporteur supprimant une disposition redondante avec l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que le conseil de la CNAMTS déterminera également les orientations relatives à l'organisation des établissements de santé.

La commission a *rejeté* six séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer diverses dispositions relatives aux compétences du conseil.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Luc Préel, soutenu par **M. Richard Mallié** prévoyant que les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé doivent respecter les guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute autorité de santé.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions de l'article 30 qui détaille les compétences du conseil de la CNAM relatives à l'organisation du réseau de l'assurance maladie et à l'élaboration des budgets.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur permettant à la majorité des membres du conseil de la CNAMTS d'obtenir de droit la convocation de celui-ci, faculté réservée par le projet de loi au président du conseil et au ministre chargé de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions définissant les pouvoirs du directeur général de la CNAMTS.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant un processus de récusation du directeur général de la CNAM par le juge sur proposition votée par le Parlement, **le rapporteur** ayant observé que la procédure semble excessivement lourde.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur qui précise les modalités relatives à la fin des fonctions du directeur général de la CNAMTS en distinguant entre le terme normal et le terme anticipé de son mandat.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant que le directeur général de la caisse nationale a obligation d'informer le conseil d'administration de la caisse, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte, afin que ces autorités aient connaissance des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement des objectifs de dépenses.

Puis la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer respectivement les paragraphes III et IV relatifs à l'adaptation de la nouvelle organisation de la CNAMTS à la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles et aux dispositions transitoires liées à la substitution du conseil de la CNAMTS à l'actuel conseil d'administration.

La commission a *adopté* l'article 30 ainsi modifié.

Après l'article 30

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél créant une caisse spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, gérée paritairement, **le rapporteur** ayant jugé les partenaires sociaux davantage fondés à proposer une telle évolution et ayant renvoyé à son propre amendement sur ce point.

Article additionnel après l'article 30

Encouragement à la proposition par les partenaires sociaux d'une réforme de la branche accidents du travail et maladies professionnelles

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur invitant les partenaires sociaux à soumettre au gouvernement et au Parlement, un an après la publication de la loi, des propositions de réforme de la gouvernance de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que, le cas échéant, des propositions relatives aux conditions de gestion de ce risque.

Article 31

(articles L. 162-5, L. 162-5-12, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-12-17 à L. 162-12-20, L. 162-14, L. 162-15-4 et L. 162-32-1, articles L. 182-2-1 à L. 182-2-7 et article L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'une union nationale des caisses d'assurance maladie et d'une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire

Cet article a pour objet de créer une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire dans le double objectif d'améliorer la coordination des régimes de base et la coordination entre ceux-ci et les organismes de protection sociale complémentaire.

Les défauts de coordination du système de santé sont bien connus et l'on peut de ce point de vue se reporter utilement aux travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ainsi qu'à ceux de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie. Ces défauts ne sont contestés par personne. Or, cette déficience dans le pilotage, préjudiciable à la bonne gestion et à la qualité de notre système de santé, devient d'autant moins acceptable que le titre II du projet de loi confie à l'assurance maladie de nouvelles missions.

En conséquence, le présent article propose de remédier à cette situation par l'insertion après le chapitre II du titre VIII du livre I du code de la sécurité sociale d'un nouveau chapitre créant une Union nationale des caisses d'assurance maladie et une Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire (paragraphe I). Le paragraphe II de l'article prévoit quant à lui les mesures de coordination rendues nécessaires par la création de l'UNCAM.

Le **paragraphe I** crée donc après le chapitre II du titre VIII du livre I du code de la sécurité sociale un nouveau chapitre II *bis* intitulé « *Union nationale des caisses d'assurance maladie Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire* » composé de deux sections consacrées à chacune de ces unions.

La section 1 de ce chapitre consacrée à l'UNCAM comporte sept articles relatifs :

- aux missions de l'UNCAM (article L. 182-2-1) ;
- à son statut (article L. 182-2-2) ;
- à ses instances dirigeantes (article L. 182-2-3) ;
- aux compétences de son conseil (article L. 182-2-4) ;
- aux compétences de son directeur général (article L. 182-2-5) ;

- à son articulation administrative avec la Caisse nationale d'assurance maladie (article L. 182-2-6) ;
- à ses ressources (article L. 182-2-7).

Article L. 182-2-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article vise à renforcer la coordination entre les caisses gestionnaires des régimes de base obligatoires : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés (CANAM) et caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Il convient de rappeler que les organismes de sécurité sociale se rassemblent déjà fréquemment en unions. On rappellera par exemple que l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale comporte une disposition générale permettant aux organismes locaux, régionaux et nationaux du régime général de se grouper en unions « *en vue de créer des œuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes* ». On citera à titre d'exemple l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) visée à l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale assurant les tâches mutualisées de gestion des ressources humaines du régime général. On notera que celle-ci peut d'ailleurs passer convention avec les caisses nationales des autres régimes sur des sujets d'intérêt commun. Par ailleurs, il existe des liens financiers entre les différents régimes de base obligatoires de l'assurance maladie. Enfin, il est clair que les relations entre ces différents régimes, quoique non institutionnalisées, sont d'ores et déjà fréquentes.

Toutefois, la cohérence du pilotage de l'assurance maladie et l'harmonisation des prestations justifient le renforcement des liens opéré par cet article. L'UNCAM ainsi créée aura, dans le respect des objectifs de santé publique et des objectifs déterminés par les lois de financement de la sécurité sociale fixés par les pouvoirs publics, pour mission au nom des trois caisses nationales :

– De mener la négociation conventionnelle avec les professions de santé jusqu'à présent formalisée par la signature de la CNAMTS et d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie (**deuxième alinéa (1^o) de l'article L. 182-2-1**) : c'est désormais l'UNCAM qui négociera l'accord-cadre avec le Centre national des professions de santé (CNPS) visé à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, les conventions ainsi que leurs avenants et annexes, les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé visés à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ; c'est également l'UNCAM qui négociera avec les centres de santé les accords visés à l'article L. 162-32-2 du code de la sécurité sociale. Il reviendra par ailleurs à l'UNCAM de négocier les accords interprofessionnels créés par l'article 6 du projet de loi. La rédaction actuelle de l'alinéa comporte cependant une ambiguïté entretenue par les compétences données au directeur général de l'UNCAM et l'absence de certaines

dispositions de coordination dans le paragraphe II. L'UNCAM est-elle compétente pour la seule négociation conventionnelle ou également pour la signature des actes qui découlent de cette négociation ? Le point est important : lorsque le directeur général de l'UNCAM signe, engage-t-il ainsi les trois caisses ? Si l'on continue – comme par exemple à l'article L. 162-9 – de se référer aux « caisses signataires », ne crée-t-on pas une possibilité pour l'une des caisses de ne pas être signataire ? La logique du texte et les dispositions relatives aux compétences du directeur général de l'UNCAM¹ semblent plaider pour une signature par la seule UNCAM engageant nécessairement les trois caisses, encore convient-il de préciser le texte sur ce point.

– D'adopter les décisions en matière d'actes et de prestations prévues à l'article L. 162-1-7 (**troisième alinéa (2°) de l'article L. 182-2-1**) : définition des conditions d'inscription au remboursement d'un acte ou d'une prestation, fixation de son tarif.

– De fixer le montant de la participation forfaitaire de l'assuré visée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale créé par le I de l'article 11 du projet de loi et le taux de participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations visé aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code (**quatrième alinéa (3°) de l'article L. 182-2-1**).

– D'assurer les relations de l'assurance maladie avec l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire (**cinquième alinéa (4°) de l'article L. 182-2-1**). En effet, le deuxième objectif du présent article du projet de loi, après le renforcement de la cohérence des régimes de base obligatoires, est de renforcer la cohérence entre ceux-ci et les organismes de protection sociale complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs).

Article L. 182-2-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article précise le statut de l'UNCAM : à l'instar des caisses nationales du régime général, celle-ci est un établissement public national à caractère administratif. En tant que tel, elle est soumise à la tutelle de l'Etat représenté auprès de l'UNCAM par des commissaires du gouvernement. On notera qu'à la différence des dispositions de nature comparable régissant les caisses nationales précitées, le présent article ne précise pas que l'établissement public jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

¹ *Encore la notion de mandat confié par le collège des directeurs n'exclut-elle pas que le directeur général soit mandaté pour ne signer qu'au nom d'une partie des caisses membres de l'Union.*

Article L. 182-2-3 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article précise quelles sont les instances dirigeantes de l'UNCAM.

Celle-ci est dotée :

– d'un conseil composé de membres désignés en son sein par le conseil ou le conseil d'administration¹ de chaque caisse membre de l'UNCAM : douze pour la CNAMTS, trois pour la CANAM et trois pour la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ;

– d'un collège des directeurs composé des deux directeurs de la CCMSA et de la CANAM, disposant chacun d'une voix, et du directeur général de la CNAMTS (créé par le III de l'article 30 du projet de loi) qui dispose de deux voix au sein du collège ;

– d'un directeur général qui est le directeur général de la CNAMTS.

On voit donc que cet article reflète dans la composition proposée pour le conseil² le poids de la CNAMTS mais que la prise en compte de la spécificité de chaque régime est garantie par l'équilibre au sein du collège des directeurs entre la représentation de la CNAMTS et celle des deux autres régimes. Une décision ne peut être adoptée contre l'avis du directeur général de la CNAMTS mais celui-ci doit, pour emporter la décision, obtenir l'adhésion, ou tout au moins l'abstention, d'un des deux directeurs. Or, un certain nombre de décisions importantes, par exemple le montant de la participation forfaitaire ou le taux de participation de l'assuré, ne peuvent être soumises à délibération du conseil que sur proposition du collège des directeurs en vertu de l'article L. 182-2-4.

Article L. 182-2-4 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article définit les compétences du conseil de l'UNCAM qui délibère sur :

– les orientations de l'UNCAM (**1° de l'article**) ;

– la détermination de la participation de l'assuré visée aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale (**2° de l'article**) ; ce point est soumis à délibération du conseil sur proposition du collège des directeurs, le conseil peut à la majorité simple après avis motivé, s'y opposer et demander un second projet auquel il ne peut cette fois s'opposer qu'à la majorité des deux tiers de ses membres ;

¹ Pour la CCMSA, il s'agit du conseil central d'administration.

² On notera à ce propos qu'il n'est pas prévu de présidence du conseil de l'UNCAM et a fortiori de voix prépondérante de celui-ci en cas de partage égal des voix. De même, rien n'est dit sur la fréquence de ses réunions non plus que sur ses modalités de convocation.

– les orientations de l’union relatives aux inscriptions d’actes et de prestations prévues à l’article L. 162-1-7 (**3° de l’article**) ; le texte précise que ces orientations sont en outre « *définies sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* » ; on peut s’interroger sur le sens de cette précision ;

– les orientations relatives à la négociation conventionnelle (**4° de l’article**) ;

– le budget annuel de gestion administrative (**5° de l’article**).

Article L. 182-2-5 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article définit les compétences du directeur général de l’UNCAM. Il pose d’abord dans son premier alinéa le principe selon lequel ces compétences ne peuvent être exercées qu’en vertu d’un mandat du collège des directeurs (**premier alinéa**).

Ces compétences consistent en la négociation et la signature :

– de l’ensemble des actes conventionnels avec les professions de santé et les centres de santé (**deuxième alinéa**) ;

– des contrats pluriannuels d’objectifs et de gestion inter-régimes¹ prévus à l’article L. 183-2-3 du code de la sécurité sociale créé par le paragraphe III de l’article 36 du projet de loi (**troisième alinéa**).

Article L. 182-2-6 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article précise l’articulation administrative de l’UNCAM avec la CNAM.

Celle-ci assure la gestion administrative de l’union sous l’autorité du directeur général, à la fois directeur général de l’une et de l’autre. Hormis les compétences visées à l’article L. 182-2-5, qui implique un mandat du collège des directeurs, celle visée au dernier alinéa de l’article L. 182-2-4 qui passe par une proposition du collège des directeurs et les compétences relevant du conseil en vertu de l’article L. 182-2-4, le directeur général exerce une compétence de principe et met en œuvre les délibérations du conseil.

Nonobstant l’existence de compétences collégiales, l’UNCAM, à l’instar de la CNAM, est donc dotée d’un exécutif fort.

¹ Il s’agit de contrats unissant chaque union régionale des caisses d’assurance maladie visant au niveau régional à l’amélioration de l’efficacité des soins, à l’amélioration des pratiques et précisant les ressources de chaque URCAM au vu des objectifs qui lui sont assignés et les modalités de modulation de ces ressources au vu des résultats obtenus.

Article L. 182-2-7 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Cet article prévoit que les recettes de l'UNCAM sont « *notamment* » constituées par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie. Il semble que la rédaction devrait être précisée, sinon sur la clef de répartition des contributions entre les caisses et sur les dépenses qu'elles devraient financer, du moins sur la nature d'éventuelles ressources autres que les contributions.

La section 2 de ce chapitre consacrée à l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire comporte un article unique L. 182-3-1 définissant la composition de l'union, ses missions et l'articulation de son action avec celle de l'UNCAM.

Article L. 182-3-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale

Le **premier alinéa** de l'article créé une union nationale des organismes de protection sociale complémentaire qui rassemble :

- des représentants des mutuelles, régies par le code de la mutualité ;
- des institutions de prévoyance, régies par le code de la sécurité sociale¹, dont on rappellera qu'elles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif ayant notamment pour objet en vertu de l'article L. 931-1 du code de la sécurité sociale de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie, ainsi que l'assurance décès ou encore la maternité ;
- des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances qui « *sous forme d'assurance directe* » couvrent les mêmes catégories de risques.

Cet alinéa prévoit que cette union se dote d'un conseil sans autre précision. A la lumière des divergences entre ces diverses catégories d'organismes de protection sociale complémentaire mises en relief par la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie², on peut s'interroger sur le caractère suffisamment précis de ces dispositions pour une mise en place rapide de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. Toutefois, ces mêmes divergences peuvent justifier le renvoi à ces acteurs du soin de définir les modalités de leur union.

¹ notamment le titre III de son livre IX.

² « La mission a été marquée par les profondes divergences de vues exprimées par les complémentaires quant à la conception même de la santé (bien marchand comme les autres ou bien spécifique ?). Plusieurs membres de la mission ont exprimé des doutes sérieux sur la capacité de ses organismes à travailler ensemble dans une union dont la composition et le mode de désignation de ses membres revêtiront une importance essentielle. Il conviendra en particulier de préciser si l'argument invoqué par M. Jean-Pierre Davant, président de la FNMF, selon lequel « il y a tout d'abord un fait majoritaire à reconnaître : la mutualité représente 62 % des Français » constitue le critère (ou l'un des critères) de représentation dans cette union. » (p. 82 du rapport).

Le **deuxième alinéa** précise les missions confiées à l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire s'agissant de l'inscription au remboursement des actes et prestations ainsi que de la participation des assurés.

Il s'agit par l'octroi à cette union d'une capacité à émettre des avis sur les décisions de l'UNCAM d'éviter le phénomène de vases communicants constaté à maintes reprises par le passé entre régimes de base obligatoires et couverture complémentaire. La prise en charge éventuelle par les organismes complémentaires de dépenses qui ne seraient plus ou seraient moins remboursées par les régimes de base nuirait gravement à l'efficacité des efforts de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie et reporterait à l'évidence la charge de la couverture sur l'assuré du fait de la nécessaire hausse des cotisations dues au titre de la couverture complémentaire.

Dès lors, l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire est appelée à émettre un avis sur :

– les décisions de l'UNCAM en matière d'actes et de prestations prévues à l'article L. 162-1-7 : définition des conditions d'inscription au remboursement d'un acte ou d'une prestation, fixation de son tarif ;

– la fixation du taux de participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations visé aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Demeure une incertitude sur la compétence de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire à rendre des avis sur le montant de la participation forfaitaire de l'assuré visée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale créé par le I de l'article 11 du projet de loi : en effet, le présent article exclut de cette compétence les décisions prises sur le fondement du « *troisième alinéa du I de l'article L. 322-2* » lequel n'existe pas. On peut se demander s'il faut y voir une référence erronée au II de cet article. On peut en outre, dans ce cas, s'interroger sur l'opportunité d'exclure une telle compétence de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire : en dépit des règles prévues par l'article 32 du projet de loi incitant les organismes complémentaires à ne pas prendre en charge les dépenses que l'assurance maladie souhaite laisser à la charge de l'assuré, il semble intéressant, dès le stade de la fixation du montant de la participation forfaitaire, de recueillir leur avis sur cette mesure.

Le rapporteur ne peut que soutenir l'idée d'un dialogue accru entre régimes de base et complémentaires qui sous-tend le présent article ainsi que la préservation par ses dispositions de la prééminence de l'assurance maladie : il est normal que les complémentaires ne puissent faire obstacle à ses décisions. En revanche, l'utilité du dialogue ne serait-elle pas renforcée par un caractère plus précoce de cet avis qui pourrait porter sur les projets de décisions de l'UNCAM, qui ne lierait pas davantage celle-ci mais éclairerait ses décisions ?

Le **troisième alinéa** prévoit un dialogue entre les deux unions sur :

- leurs programmes annuels de négociation conventionnelle avec les professions de santé et les centres de santé ;
- la détermination d’actions communes dans la gestion du risque.

Le **paragraphe II** de l’article prévoit les dispositions de coordination liées à la création de l’UNCAM et aux missions qui lui sont confiées par le paragraphe I, notamment en substituant celle-ci aux caisses nationales antérieurement décisionnaires sur les points suivants¹ :

– le contenu de la convention nationale avec les médecins (article L. 162-5 du code de la sécurité sociale) ; il subsiste toutefois en l’état actuel de la rédaction une difficulté de coordination au 14° de l’article L. 162-5 relatif à la formation médicale : si les caisses nationales ne sont plus signataires de la convention (*cf. supra* paragraphe I), ce sont en revanche bien elles qui, *a priori*, continuent de contribuer financièrement à la formation² ;

– la gestion des sommes affectées à la formation professionnelle (article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale) ;

– la conclusion de la négociation avec les médecins au niveau national (article L. 162-9 du code de la sécurité sociale) ;

– la négociation au niveau national avec les infirmiers (article L. 162-12 du code de la sécurité sociale), les masseurs-kinésithérapeutes (article L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale), les directeurs de laboratoires privés d’analyses médicales (article L. 162-14 du code de la sécurité sociale) ;

– la conclusion d’accords nationaux³ de bon usage des soins (article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale) et de contrats de bonne pratique (article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale) ainsi que la proposition au pouvoir réglementaire de tels accords ou contrats en l’absence d’accord conventionnel (article L. 162-12-19 du code de la sécurité sociale) ;

– la négociation avec les centres de santé (article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale).

On observera que ce paragraphe a omis la référence à l’article L. 162-16-1 relatif aux relations conventionnelles avec les pharmaciens titulaires d’officine. Il

¹ On observera qu’il convient de supprimer dans ces dispositions la référence faite à l’article L. 162-15-4 que le B du III de l’article 28 du projet de loi propose d’abroger.

² On retrouve d’ailleurs la même ambiguïté sur la qualité de signataire des caisses dans plusieurs des dispositions de coordination de ce paragraphe.

³ Le paragraphe confie également au directeur général de l’UNCAM la compétence jusqu’à présent exercée par le directeur général de la CNAM d’approuver certaines de ces dispositions conventionnelles en raison de leur conclusion au niveau régional. Il fait de même pour les contrats de santé publique régionaux visés à l’article L. 162-12-20, la conclusion des contrats nationaux étant par renvoi d’articles confiée à l’UNCAM.

conviendra, outre l'introduction de cette référence, d'abroger les dispositions de l'article L. 162-19 rendues caduques.

*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant cet article.

La commission a *adopté* deux amendements identiques du rapporteur et de M. Richard Mallié complétant le titre du chapitre II *bis* du code de la sécurité sociale par la mention d'une union nationale des professions de santé.

Article L. 182-2-1 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer les dispositions créant une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et définissant ses missions.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que l'UNCAM, outre qu'elle les négocie, signe également les actes conventionnels avec les professions de santé.

Puis la commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant une consultation de l'UNCAM sur les projets de textes législatifs et de décrets relatifs à l'assurance maladie.

Article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives au statut de l'UNCAM.

Article L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives à l'organisation interne et notamment à la composition du conseil de l'UNCAM.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff modifiant la composition du conseil de l'UNCAM par la réduction de douze à six du nombre de ses membres désignés par le conseil de la CNAMTS.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Yves Censi précisant les règles de prise de décision au sein du collège des directeurs de l'UNCAM et confiant au collège des directeurs les compétences dévolues par le texte au directeur général sur mandat dudit collège.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant une procédure de révocation à l'encontre des directeurs de l'UNCAM et de la CNAMTS sur saisine du juge par le Parlement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le collège des directeurs devra examiner toutes les questions entrant dans le champ de compétence du conseil de l'UNCAM.

Article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux compétences du conseil de l'UNCAM.

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

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard prévoyant que le conseil peut s'opposer au projet présenté par le directeur à la majorité simple.

Article L. 182-2-5 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux pouvoirs attribués au directeur général de l'UNCAM.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le directeur général de l'UNCAM doit obtenir une décision préalable du conseil de l'union pour signer les conventions avec les professions de santé.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le directeur général de l'union ne peut engager seul une politique de contrats pluriannuels d'objectifs, le conseil devant approuver les orientations du directeur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff prévoyant que le directeur de l'UNCAM peut donner délégation à une caisse nationale pour conduire des actions innovantes dans le domaine de l'organisation et de la coordination des soins ainsi que de la prévention et de la gestion du risque.

Article L. 182-2-6 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux pouvoirs du directeur général de l'UNCAM.

Article L. 182-2-7 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives aux ressources de l'UNCAM.

Article L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard supprimant la section 2 du nouveau chapitre II *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, intitulée « Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire ».

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz prévoyant la suppression des dispositions relatives à l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur prévoyant que le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle participe à l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel précisant que les membres du conseil d'administration de la CNAMTS ne peuvent pas être membres de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant que l'UNCAM recueille l'avis de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire préalablement à sa décision.

Elle a également *adopté* un amendement du rapporteur précisant que l'UNCAM devra aussi recueillir l'avis de cette même union au sujet de la participation forfaitaire des assurés.

Article L. 182-4-1 du code de la sécurité sociale

La commission a examiné deux amendements du rapporteur et de M. Richard Mallié instituant une union nationale des professions de santé regroupant des représentants de l'ensemble des professions de santé qui sera consultée par l'UNCAM afin de mettre en place un véritable partenariat entre la sécurité sociale et les professionnels.

M. Jean-Luc Préel a demandé si les professionnels de santé non libéraux pourraient participer à cette instance consultative. Le rapporteur a précisé que tous les professionnels seraient associés, y compris les praticiens hospitaliers.

M. Richard Mallié a indiqué que l'amendement du rapporteur est certes proche de celui qu'il a déposé mais qu'il aurait souhaité y voir figurer que l'union nationale des professions de santé doit émettre un avis sur les propositions de budget des caisses nationales.

Le rapporteur a souligné que ces deux amendements comportent des différences, notamment dans l'organisation de cette union nationale qui ne doit pas être fixée par décret mais laissée à la libre initiative des professionnels. De plus il ne paraît pas opportun que les professionnels de santé soient juges et parties quant à l'équilibre financier de la branche.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur et l'amendement de M. Richard Mallié est donc *devenu sans objet*.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant des dispositions de coordination.

La commission a *adopté* l'article 31 ainsi modifié.

Article 32

(articles L. 242-1 et L. 871-1 du code de la sécurité sociale, articles 83, 154 *bis* et 995 du code général des impôts et article 9-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques)

Coordination entre l'UNCAM et les organismes de protection sociale complémentaire

Dans la cohérence de l'article 31 du projet de loi qui renforce le dialogue entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie et l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire, le présent article renforce la coordination entre ces acteurs en mettant en place des mesures destinées à inciter les seconds à ne pas prendre en charge le remboursement de dépenses que l'assurance maladie souhaiterait voir rester à la charge des assurés sociaux, en particulier la participation forfaitaire de l'assuré social instaurée par l'article 11 du projet de loi.

A cet effet, le **paragraphe I** lie l'exclusion partielle de l'assiette des cotisations sociales dont bénéficient les sommes versées au titre de la prévoyance sous forme de contrats collectifs et obligatoires et l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance dont bénéficient certains contrats facultatifs au respect de règles arrêtés avec l'assurance maladie quant aux prestations susceptibles d'être prises en charge par ces contrats et au niveau de cette prise en charge.

Ce paragraphe complète le livre VIII du code de la sécurité sociale par un titre VII intitulé « *Dispositions relatives au contenu des garanties en matière de santé bénéficiant d'une aide* » composé d'un article unique L. 871-1.

On rappellera que l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale prévoit dans son sixième alinéa une exclusion de l'assiette des cotisations¹ d'assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse), d'accidents du travail et d'allocations familiales des contributions patronales destinées au financement des prestations de prévoyance² – qu'elles soient versées par des mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises d'assurance – dès lors que ces contributions revêtent un caractère collectif et obligatoire. Le huitième alinéa du même article prévoit l'encadrement de cette exclusion de l'assiette de cotisations par décret. Ces dispositions ont naturellement pour effet de réduire très fortement le coût de ces opérations de prévoyance et d'en renforcer l'attractivité.

Il en va de même des dispositions de l'article 995 du code général des impôts (CGI) qui permettent d'exonérer de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré (15° de l'article 995) et les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la même condition (16° de l'article 995).

Dès lors, ces dispositifs constituent de puissants leviers sur l'action des organismes complémentaires, utilisés par l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale créé par le présent article. En effet, le bénéfice de l'exclusion de l'assiette des cotisations et de l'exonération de la taxe spéciale est désormais subordonné, pour les prestations complémentaires liées à la maladie, à la maternité ou à un accident, au respect par ces organismes d'une sorte de cahier des charges fixé par arrêté après avis des deux unions (UNCAM et union des complémentaires).

Ce cahier des charges porte à la fois sur la nature des prestations ne pouvant être prises en charge, sur la nature de celles l'étant de façon obligatoire ainsi que sur les conditions de cette prise en charge. Ce cahier des charges déterminera largement par son contenu l'intérêt financier pour les organismes complémentaires de prendre ou non en charge le remboursement de telle ou telle dépense de santé et donc l'efficacité des mesures adoptées par l'assurance maladie de responsabilisation des assurés sociaux par l'augmentation de leur reste à charge.

Le **paragraphe II** prévoit une période de transition pour l'application aux contrats en cours avant l'entrée en vigueur de la loi du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale créé par le paragraphe I. La mise sous condition de l'exclusion des contributions de prévoyance maladie de l'assiette des cotisations sociales et de l'exonération de taxe spéciale sur les conventions

¹ On notera qu'il n'y a pas a contrario d'exclusion de l'assiette de la contribution sociale généralisée puisqu'elles sont incluses de façon explicite par le 4° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale.

² Ainsi pour mémoire qu'au financement de prestations de retraite complémentaire.

d'assurance n'interviendra qu'à compter du 1^{er} janvier 2008 afin de permettre aux partenaires sociaux d'adapter les contrats en cours. En revanche, les dispositions de l'article L. 871-1 s'appliquent immédiatement aux contrats conclus après l'entrée en vigueur de la loi.

Le **paragraphe III** prévoit, dans le même esprit que le paragraphe I, une modification du 1^o *quater* de l'article 83 du CGI qui subordonne la déductibilité du revenu net imposable des cotisations ou primes versées aux régimes de prévoyance complémentaire auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire au fait que la garantie maladie, maternité ou accident ainsi offerte ne couvre pas la participation forfaitaire mise à la charge de l'assuré social par le II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (créé par le I de l'article 11 du projet de loi). Tandis que le paragraphe I renchérit le coût de la couverture complémentaire pour l'employeur en cas de non-respect du cahier des charges, le présent paragraphe réduit l'intérêt pour l'assuré de souscrire une couverture complémentaire prenant en charge sa participation forfaitaire. Il ne s'agit pas là de mécanismes de type ticket modérateur d'ordre public mais d'incitations financières à ne pas s'acquitter du reste à charge.

Le **paragraphe IV** prévoit, par une modification du deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* du CGI, l'application du même mécanisme aux contrats d'assurance groupe (régis par l'article 41 modifié de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle) et aux cotisations aux régimes complémentaires facultatifs mis en place au profit au profit des professions libérales et des avocats. Ne sont déductibles du bénéfice imposable au titre des bénéfices industriels et commerciaux ou des bénéfices non commerciaux que les cotisations ou primes versés en vue d'une garantie maladie, maternité ou accident ne prenant pas en charge la participation forfaitaire de l'assuré.

Le **paragraphe V** modifie les 15^o et 16^o de l'article 995 du CGI afin de lier pareillement le bénéfice de l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance à la non-prise en charge par la garantie souscrite de la participation forfaitaire tandis que le **paragraphe VI** adapte de la même façon le huitième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale de façon à inclure dans l'assiette de cotisations les sommes versées afin d'acquérir une couverture complémentaire qui prendrait en charge la participation forfaitaire.

Enfin, le **paragraphe VII** facilite la révision des contrats collectifs facultatifs et des contrats individuels.

En cas de hausse de la participation à la charge de l'assuré sur un médicament spécialisé, jusqu'à présent l'organisme de protection sociale complémentaire ne pouvait refuser de maintenir le remboursement des frais exposés et se devait de maintenir la garantie souscrite et les conditions tarifaires en vertu de l'article 6 de loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989. Le présent paragraphe autorise, par dérogation à cet article, les organismes complémentaires

à ne pas prendre en charge l'éventuelle hausse de participation de l'assuré sans modification des conditions tarifaires. Si la mesure semble pertinente, il n'en demeure pas moins que l'assuré devra, à l'occasion du renouvellement du contrat conduisant à l'augmentation du reste à charge, être clairement informé de celle-ci, afin d'une part de le responsabiliser, d'autre part de lui permettre d'être pleinement informé sur l'intérêt du renouvellement de son contrat.

*

La commission a *rejeté* quatre amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant l'intégralité de cet article et, à défaut, son paragraphe I.

Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant le contenu du cahier des charges dont le respect conditionne l'octroi d'une aide fiscale ou sociale aux organismes complémentaires.

La commission a *rejeté* douze amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant successivement les paragraphes de cet article.

La commission a *adopté* l'article 32 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 32

Création d'une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur créant une aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé pour les personnes qui ont des ressources supérieures au seuil fixé pour bénéficier de la protection complémentaire de la CMU mais qui ne peuvent supporter la charge financière d'une cotisation à un régime complémentaire de santé. Cette aide prendra la forme d'un crédit d'impôt.

M. Jean-Marie Le Guen a souligné que ce dispositif est largement insuffisant et qu'il ne permettra pas aux mutualistes de bénéficier d'une prise en charge partielle du coût de leur adhésion à une mutuelle, ce qu'il convient de déplorer car les attentes dans la population sont très grandes.

Article 33

(articles L. 211-2, L. 211-2-1, L. 211-2-2, L. 217-3, L. 217-3-1, L. 217-6 et L. 227-3 du code de la sécurité sociale)

Réforme des instances dirigeantes des caisses primaires d'assurance maladie et autorité du directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie sur le réseau

Cet article, d'une part, réforme l'organisation des instances dirigeantes des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) en s'inspirant du modèle retenu par l'article 30 pour la réforme de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), en séparant fonctions d'orientation et de gestion (paragraphe I), d'autre part, précise les moyens dont dispose le directeur général de la CNAM pour exercer l'autorité sur le réseau de l'assurance maladie que lui confie le III de l'article 30 (paragraphe II à V). Enfin, le paragraphe VI prévoit des dispositions relatives à la transition entre le mandat des administrateurs actuels et celui des futurs membres des conseils des CPAM.

Il convient en préambule de préciser que l'organisation des instances dirigeantes des caisses régionales d'assurance maladie régies par les articles L. 215-1 à L. 215-7 du code de la sécurité sociale n'est pas modifiée par le projet de loi. En effet, leurs missions définies à l'article L. 215-1 ne justifient pas de retenir une structure séparant gestion opérationnelle et orientation stratégique comparable à celle retenue pour la CNAM et les CPAM. En revanche, il est procédé à une adaptation comparable des structures des unions régionales des caisses d'assurance maladie par l'article 36 du projet de loi.

Le **paragraphe I** opère une nouvelle rédaction des articles L. 211-2 et L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale régissant l'organisation des CPAM.

Celles-ci sont en vertu de l'actuel article L. 211-2 dotées d'un conseil d'administration composé sur un mode paritaire (huit membres pour chaque catégorie) de représentants des organisations représentatives des salariés et des employeurs, de deux représentants de la Fédération nationale de la mutualité française et de quatre personnalités qualifiées désignées par l'Etat. A ces vingt-deux membres dotés d'une voix délibérative, s'ajoutent, avec voix consultative, un représentant des associations familiales désigné par l'union départementale des associations familiales et trois représentants élus du personnel.

Ce conseil d'administration a pour rôle en vertu de l'actuel article L. 221-2-1 d'arrêter chaque année, sur proposition du directeur de la CPAM, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. A l'instar de l'actuel conseil d'administration de la CNAM, ce conseil a en outre pour mission¹ de régler par ses délibérations « *les affaires de l'organisme* », c'est-à-dire d'adopter

¹ En vertu de la rédaction de l'article L. 231-8-1 du code de la sécurité sociale.

les décisions liées à la gestion de l'organisme mais aussi¹ d'orienter et de contrôler l'activité de la caisse.

Article L. 211-2 du code de la sécurité sociale

La même organisation posant les mêmes difficultés (lourdeur du processus de décision, confusion entre la fonction de gestion et les fonctions d'orientation et de contrôle), le présent article propose de réformer l'organisation des CPAM selon le modèle proposé à l'article 30 du projet de loi pour la CNAM.

Dès lors, le nouveau schéma d'organisation prévoit dans son **premier alinéa** que chaque CPAM est dotée d'un conseil et d'un directeur de façon à distinguer entre la fonction d'orientation stratégique confiée au conseil et la fonction de gestion confiée au directeur général de la CNAM.

Les alinéas suivants définissent la composition du conseil de façon identique à celle retenue pour le conseil de la CNAM : représentation paritaire des assurés sociaux via les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national et des employeurs par les représentants des organisations patronales nationales représentatives à laquelle s'ajoutent des représentants de la FNMF et « *d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie* »² Le conseil comporte en outre des membres à voix consultative, à savoir des représentants élus du personnel. On peut noter la disparition de la présence explicite dans cette catégorie des membres à voix consultative du représentant des associations familiales.

Il convient par ailleurs de relever qu'en l'absence de dispositions spécifiques (à la différence de ce qui est prévu pour la CNAM), le président du conseil est désigné dans les conditions de droit commun de l'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale³. D'autre part, le présent article ne précise pas que le directeur assiste au conseil : il semble opportun de rendre ce point explicite.

Article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale

Le conseil se voit conférer par le présent article un rôle resserré sur sa mission d'orientation stratégique.

– sur proposition du directeur⁴, il délibère sur les orientations du contrat pluriannuel de gestion visé à l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale (**deuxième alinéa**), sur les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service rendu aux usagers (**troisième alinéa**) et sur les axes de la politique de

¹ En vertu de la rédaction de l'article L. 231-8-1 du code de la sécurité sociale.

² Formulation qui suscite les mêmes interrogations qu'à l'article 30 du projet de loi (cf. supra le commentaire de cet article).

³ Qui prévoit également que les membres sont désignés pour cinq ans.

⁴ On notera que la délibération du conseil de la CNAM sur ces points n'est pas liée à une proposition de son directeur général.

communication tant à l'égard des assurés que des professions de santé (**quatrième alinéa**) ;

– également sur proposition du directeur, il approuve les budgets de gestion et d'intervention (**cinquième alinéa**) ;

– il délibère sur la politique d'action sanitaire et sociale de la caisse¹ (**septième alinéa**), les modalités de traitement des réclamations des usagers et peut à cette fin instituer une commission spécifique à cet effet (**huitième alinéa**), les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse et l'acceptation ou le refus des dons et legs (**neuvième et dixième alinéas**), la représentation de la caisse dans des instances ou organismes extérieurs (**onzième alinéa**) et enfin l'approbation des contrats pluriannuels de gestion (**douzième alinéa**).

En outre, il peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse en vertu de l'**antépénultième alinéa** de l'article ou diligenter des contrôles en vertu de l'**avant-dernier alinéa**.

Le **dernier** alinéa renvoie à la voie réglementaire les modalités d'application de cet article, notamment celles relatives au fonctionnement du conseil.

Article L. 211-2-2 du code de la sécurité sociale

Cet article définit les compétences du directeur général et l'articulation de son action avec celle du conseil.

Le directeur général exerce une mission générale de direction de la CPAM et de responsabilité de son bon fonctionnement en vertu du **premier alinéa** et détient une compétence de principe dans le champ d'action de celle-ci, sous réserve des compétences d'attribution d'autres autorités (conseil de la CPAM, conseil de la CNAM ou encore directeur général de la CNAM).

Il intervient ainsi en amont et en aval des délibérations du conseil, en préparant ses travaux d'une part, en assurant la mise en œuvre des orientations adoptées et l'exécution des décisions prises par le conseil d'autre part. On rappellera cependant qu'il tient le conseil périodiquement informé de la mise en œuvre des décisions, qu'il formule le cas échéant des recommandations afin d'aider à celle-ci² et qu'il rend compte au conseil de sa gestion annuellement (**avant-dernier alinéa**).

Il dispose dans ce cadre d'une compétence de principe en matière de gestion (**cinquième alinéa**), d'établissement et d'exécution des budgets (**sixième alinéa**). En vertu des dispositions des **sixième à huitième alinéas**, il a compétence pour engager la CPAM en matière financière – il est ordonnateur –, gérer le

¹ Dans le respect des orientations définies par la CNAM.

² En vertu du quatrième alinéa de l'article L. 211-2-1.

personnel (recrutement, nomination), signer les actes juridiques et représenter la caisse en justice.

Le **paragraphe II**, par l'insertion après l'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale d'un article L. 217-3-1 relatif à la nomination des directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux de l'assurance maladie, accroît le pouvoir de nomination de ces agents de direction exercé par le directeur général de la CNAM¹.

L'article L. 217-3 précité régit la procédure actuelle de nomination des agents de direction des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale du régime général. Pour chaque nomination, le directeur de l'organisme national concerné – pour la maladie, actuellement le directeur de la CNAM – propose, après avis du comité des carrières institué auprès de l'UCANSS, une liste de trois noms de directeurs (ou d'agents comptables selon le poste à pourvoir) inscrits sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en conseil d'Etat au conseil d'administration de l'organisme local ou régional concerné. Le conseil d'administration peut :

- soit choisir à la majorité simple parmi l'un de ces trois noms ;
- soit, à défaut de choix par le conseil d'administration, s'opposer au choix effectué parmi ces trois noms par le directeur à la condition de recueillir une majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

La procédure est ainsi modifiée par le nouvel article L. 217-3-1 : le directeur général de la CNAM choisit un nom sur la liste d'aptitude après avis du comité des carrières, en informe le conseil de l'organisme concerné, et sauf opposition à la majorité des deux tiers des membres de celui-ci, procède à la nomination.

D'un pouvoir de choix certes encadré, le conseil est donc réduit à une faculté d'opposition. Cette évolution traduit bien l'ambition du projet de loi de faire du directeur général de la CNAM le véritable « patron » du réseau.

Le pouvoir du directeur général de la CNAM de mettre fin aux fonctions de ces mêmes agents de direction est également renforcé : il n'est plus prévu dans la loi de motif à cette fin de fonctions et le directeur général n'a plus à recueillir l'avis du conseil. Les conditions d'application de ce dernier alinéa sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Le **paragraphe III** insère dans l'article L. 217-13 relatif à la nomination des directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux de sécurité sociale, une² disposition de coordination induite par la procédure de

¹ *Qui succède dans cette compétence au directeur de la CNAM du fait son élévation au rang de directeur général par l'article 30 du projet de loi.*

² *Il convient en effet de supprimer la mention dans ce paragraphe d'une réserve liée aux dispositions d'un article L. 217-13-2 qui n'existe pas.*

nomination spécifique aux agents de direction des organismes d'assurance maladie instituée par le paragraphe II du présent article.

Le **paragraphe IV** modifie l'article L. 217-6 relatif à la procédure de nomination des agents de direction autres que l'agent comptable afin de tenir compte du renforcement du pouvoir de nomination du directeur général de la CNAM introduit par le nouvel article L. 217-3-1 créé par le paragraphe II du présent article. Toutefois, l'article L. 217-6 ne concernant pas l'ensemble des organismes de sécurité sociale, il convient de rectifier la façon dont l'adaptation de la procédure propre à la branche maladie est introduite, en complétant les dispositions actuelles de l'article L. 217-6 par un alinéa spécifique à cette branche plutôt qu'en modifiant les alinéas existants.

Le **paragraphe V** modifie l'article L. 227-3 du code de la sécurité sociale relatif aux contrats pluriannuels de gestion afin :

– de confier au directeur général de la CNAM – en lien avec le renforcement de son autorité sur le réseau – la capacité de signer seul avec les directeurs des organismes d'assurance maladie autres que les caisses régionales (CPAM et URCAM) alors que la signature de ces contrats relève en vertu du droit actuel de la compétence du président du conseil d'administration de la CNAM¹ (**deuxième alinéa**) ;

– de préciser que les contrats conclus par les CPAM prévoient leur contribution au fonctionnement de l'URCAM compétente.

Le **paragraphe VI** prévoit que le mandat des membres actuels des conseils d'administration des CPAM prend fin à la date d'installation des nouveaux conseils des CPAM mis en place par l'article L. 211-2 du code de la sécurité sociale issu du paragraphe I du présent article.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz substituant au conseil actuel des caisses un conseil d'administration, dans le but d'introduire un nouveau principe de gouvernance des caisses primaires, après que le rapporteur a émis un avis défavorable.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz

¹ Ou, le cas échéant, du président de la commission des accidents du travail et maladies professionnelles.

supprimant le paragraphe I de l'article relatif à la définition et au rôle du conseil et du directeur des caisses primaires d'assurance maladie.

M. Jean-Luc Prével a *retiré* un amendement précisant que des parlementaires peuvent siéger dans les conseils des caisses primaires d'assurance maladie.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur, approuvé par le **président Yves Bur**, introduisant parmi les missions du conseil des caisses primaires d'assurance maladie la détermination des axes de la politique de gestion du risque, en application du programme régional défini à l'article L. 183-2 du code de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz introduisant parmi les missions du conseil des caisses primaires d'assurance maladie la détermination d'un plan d'action en matière de prévention, d'éducation et d'information adapté à la population et au territoire de son ressort, après que le rapporteur a rappelé que la loi relative à la politique de santé publique permet d'ores et déjà aux caisses primaires d'assurance maladie de négocier avec les groupements régionaux de santé publique sur de telles questions.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant que le directeur des caisses primaires d'assurance maladie assiste de droit aux réunions du conseil à l'instar de ce qui est prévu pour le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie.

La commission a examiné trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement les paragraphes II, III et IV de l'article relatifs aux modalités de désignation des directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie.

Mme Jacqueline Fraysse a regretté, avec la création d'un « super directeur » de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés chargé de la nomination des différents directeurs, l'apparition d'une mainmise de l'Etat sur l'architecture de la sécurité sociale, au détriment des salariés et des usagers.

Le rapporteur a estimé que cet article se justifie par l'objectif d'efficacité qu'il poursuit.

M. Daniel Garrigue a jugé que l'institution d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale a constitué une avancée importante. Il est logique que cette avancée s'ensuive d'une volonté de mise en œuvre institutionnelle cohérente.

La commission a *rejeté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* un amendement de Mme Michèle Tabarot assortissant les conventions d'objectifs conclues entre l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'objectifs et de méthodes d'évaluation.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de cohérence de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, conformément au vote précédemment effectué sur les amendements des mêmes auteurs présentés au même article, concernant les nouvelles modalités de fonctionnement des caisses primaires d'assurance maladie.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur prévoyant des dispositions transitoires pour la mise en œuvre du nouveau régime du mandat du président du conseil des caisses primaires d'assurance maladie.

La commission a examiné un amendement du rapporteur créant une fonction de médiateur pour la gestion des réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers.

Le rapporteur a précisé que son souhait de la création d'un médiateur dans les caisses d'assurance maladie correspond à la volonté de la plupart des syndicats de médecins. Cette personne, qui serait choisie hors du personnel de la caisse, aurait vocation à servir également les intérêts des usagers. Les modalités de mise en œuvre de cette institution relèveront du décret.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a rappelé l'importance du Médiateur de la République et s'est interrogée sur l'opportunité d'y ajouter une institution supplémentaire spécialisée, au risque de rendre complexe un système qui fonctionne déjà bien ainsi.

Le rapporteur a souligné qu'il existe aujourd'hui des médiateurs dans de nombreux domaines. Au reste, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 a déjà été l'occasion de nombreux débats mettant en évidence l'intérêt de créer des instances de médiation au sein des établissements de santé.

Le président Yves Bur a jugé qu'en effet cette dernière solution est peut-être préférable.

M. Jean-Luc Warsmann a rappelé que les caisses d'allocations familiales sont déjà dotées de pareilles institutions.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a estimé nécessaire, en tout état de cause, de préciser les compétences de ce médiateur, qu'elles soient financières, médicales, ou plus généralement relationnelles.

Le rapporteur, rappelant les éléments évoqués en 2002 relatifs au choix, pour l'hôpital, de médecins consultants sans pouvoirs juridiques mais chargés de « mettre du liant », a *retiré* l'amendement et proposé qu'une réflexion se prolonge

sur la mise en œuvre d'une institution interne aux établissements. En réponse à une interrogation de **M. Daniel Garrigue**, il a précisé que l'intervention d'une telle instance n'est, dans son esprit, pas exclusive de l'action du Médiateur de la République.

La commission a *adopté* l'article 33 ainsi modifié.

Après l'article 33

La commission a examiné un amendement de M. Yves Censi accordant la possibilité aux caisses de la mutualité sociale agricole d'accompagner toute action visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a approuvé cet amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Censi précisant les missions de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole concernant la mise en œuvre de la politique de santé et l'organisation du système de soins.

M. Daniel Garrigue a souligné la nécessité de préserver l'individualité de la mutualité sociale agricole.

Partageant ces propos, **le rapporteur** s'est néanmoins déclaré défavorable à l'amendement, dans la mesure où il faut prendre garde à ne pas mettre en péril l'équilibre harmonieux établi entre les différentes dispositions du projet de loi.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 34

(articles L. 123-2-1, L. 224-7 et L. 615-13 du code de la sécurité sociale)

Substitution au statut réglementaire d'un statut conventionnel des praticiens conseils

Sans rien modifier des missions du service du contrôle médical de l'assurance maladie, le présent article aligne le statut de ses membres sur celui des personnels de l'ensemble des organismes de sécurité sociale, en substituant la convention collective de droit commun au décret spécifique.

Le statut des praticiens-conseils : du décret à la convention collective

Aux termes de l'article R. 315-2 du code de la sécurité sociale, dont l'origine remonte à un décret du 30 avril 1968, « *Le contrôle médical constitue un service national. Il est confié à des médecins-conseils, chirurgiens-dentistes-conseils et pharmaciens-conseils.* » Organisé et dirigé par la CNAMTS – il est

placé sous l'autorité du directeur de celle-ci, assisté d'un médecin-conseil national et de deux médecins-conseils nationaux adjoints –, indépendant des caisses régionales et primaires, le service du contrôle médical comprend, outre cet échelon national (ENSM), 17 échelons régionaux (ERSM) et 133 échelons locaux (ELSM). L'échelon national a notamment pour mission de participer à la refonte des nomenclatures d'actes et de prestations, aux négociations des conventions médicales et aux études destinées à modifier la législation. Le service compte quelque 10 500 personnes, soit près de 2 200 médecins-conseils, 350 chirurgiens-dentistes-conseils, 150 pharmaciens-conseils et 7 700 agents administratifs.

Modifié par le **paragraphe II** du présent article, l'actuel article L. 224-7 du code de la sécurité sociale dresse la liste des différents statuts auxquels peuvent être soumis les personnels des caisses nationales de sécurité sociale ainsi que de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale : le statut général de la fonction publique, un statut de droit public fixé par décret et, pour les agents de droit privé, « soit [...] un statut, soit [...] les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale ». Le dernier alinéa de cet article précise que « Les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie soumis à un statut de droit privé fixé par décret. »¹.

C'est précisément cette référence à un statut que le II supprime, transformant les praticiens-conseils en agents de la caisse nationale de droit commun et faisant disparaître, parmi les personnels, tout agent de droit privé sous statut réglementaire. L'exposé des motifs précise que cette évolution « fait suite à une large concertation entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des praticiens conseils. » Il conviendra toutefois de réparer une omission : la modification du premier alinéa de l'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'il exclut que les conditions de travail des praticiens-conseils soient fixées par convention collective.

S'agissant des autres régimes, les situations diffèrent. Le **paragraphe III** abroge, pour les indépendants, le deuxième alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la référence au statut réglementaire, laissant inchangé l'alignement des autres règles applicables sur celles du régime général. Quant aux praticiens-conseils du régime agricole, dont l'article 732-5 du code rural fixe le cadre d'intervention, aligné sur celui du régime général, ils bénéficient déjà de conventions collectives. Il s'agit d'environ 250 médecins-conseils et 50 chirurgiens-dentistes-conseils, coordonnés à l'échelle régionale et placés sous l'autorité d'un médecin-conseil national.

Le **paragraphe I** introduit donc, au sein du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale consacré au personnel des organismes de sécurité sociale un article L. 123-2-1 prévoyant que les conditions de travail des

¹ Quant à l'article R. 315-7 du code de la sécurité sociale, il dispose : « Un décret pris sur le rapport du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe le statut de droit privé des praticiens-conseils chargés du service du contrôle médical du régime général de sécurité sociale. »

praticiens-conseils du régime général et du régime des indépendants sont régies par des « *conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'État* », une formalité identique aux conventions collectives applicables aux autres personnels.

Enfin, le **paragraphe IV** est de pure forme : il subordonne la suppression du statut des praticiens-conseils à l'entrée en vigueur des conventions collectives spéciales de l'article L. 123-2-1.

Le rôle des praticiens-conseils : entre contrôle médical et conseil

Mentionnées aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale¹, les missions du service du contrôle médical de l'assurance maladie ont depuis quelques années évolué du contrôle et de la sanction vers le conseil, l'assistance et l'information, accompagnant ainsi l'affirmation d'une maîtrise médicalisée des dépenses de santé en lieu et place de mécanismes souvent complexes et mal vécus par les professionnels de santé au point d'être disqualifiés sous le vocable de « maîtrise comptable ».

Prolongeant ce mouvement, l'article 18 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, devenu article 32 de la loi de financement après le vote du Parlement, prévoyait de renommer le service du contrôle médical en « service médical de l'assurance maladie » et d'élargir ses missions, d'une part en y renforçant la place de l'expertise médicale, d'autre part en lui confiant trois activités nouvelles : la promotion du bon usage des soins auprès des assurés sociaux et des professionnels de santé, la diffusion auprès de ces derniers d'informations sur l'évolution de la réglementation applicable à la sécurité sociale, et enfin, toujours en direction des professionnels, la mise à disposition de documents leur permettant d'analyser leur activité individuelle et d'améliorer leur exercice.

Dans sa décision n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002, le Conseil constitutionnel a estimé (considérant 46) que cet article 32 « *change[ait] la dénomination du service du contrôle médical de l'assurance maladie et redéfini[ssait] ses missions sans en modifier la substance* », et l'a par conséquent censuré comme « cavalier social », étranger au domaine des lois de financement en tant qu'il n'affectait pas de manière significative l'équilibre financier des régimes obligatoires de base ni n'améliorait le contrôle du Parlement sur l'application de ces lois.

Le présent article donne aussi l'occasion, au-delà du changement de base juridique des conditions de travail des praticiens-conseils, de réfléchir au renforcement de leur rôle à la fois en matière d'information et de contrôle ou de sanction, à la lumière des dispositions du présent projet relatives au renforcement

¹ *Articles issus de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.*

des procédures de contrôle dans le sens d'une amélioration de la qualité et de la justesse des dépenses d'assurance maladie.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *adopté* successivement deux amendements du rapporteur : le premier de cohérence et le second visant à réaffirmer la mission de contrôle confiée aux praticiens-conseils.

La commission a *adopté* l'article 34 ainsi modifié.

Après l'article 34

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel prévoyant la création d'un « INSEE Santé ».

Le rapporteur a rappelé que l'article 35 du projet prévoit la création de l'Institut des données de santé qui, malgré certains points communs, est un organisme différent de celui que M. Jean-Luc Préel propose de créer. Il faut cependant saluer sa détermination et son travail de « pionnier », qui a permis de contribuer à la création de cet institut.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 35

(articles L. 161-38 et L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale)

Création de l'Institut des données de santé

Annoncée comme l'équivalent de la mise en place d'un « INSEE de la santé », la création sous forme de GIP de l'Institut des données de santé s'inscrit dans la lignée d'une réflexion sur les enjeux du partage des données anonymes de santé, sans toutefois que le présent article détaille véritablement les contours et les missions de cette structure nouvelle.

Les enjeux du partage des données anonymes de santé

Comme l'a indiqué le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *la gestion du risque [maladie] suppose également une information partagée sur la pratique médicale* »¹. Dans son rapport, il distingue deux catégories au sein de cette information partagée : « *l'information individuelle identifiante* » axée sur le contrôle individuel du recours aux soins – ce qui rejoint le thème du dossier

¹ Rapport du Haut conseil, pages 143 sq.

médical personnel créé par l'article 2 du projet – et « *les informations générales non identifiantes, c'est-à-dire doublement anonymes par rapport aux assurés et aux prescripteurs* » – ce qui renvoie au présent article.

Dans le même rapport, on peut lire :

« La gestion du risque maladie, d'une part, la qualité et la continuité des soins, d'autre part, appellent encore de nombreux progrès dans la collecte, le rapprochement, le partage de données relatives aux pratiques soignantes et aux parcours médicaux. »

« Le Haut conseil rappelle que ces évolutions, pour nécessaires qu'elles sont, ne doivent pas porter atteinte à la liberté fondamentale qu'est le respect du secret médical individuel. Mieux on saura garantir de manière efficace cette confidentialité des données médicales identifiantes, en la limitant au strict cercle des soignants directs et des autorités de contrôle légalement habilitées, mieux on pourra progresser, simultanément, aussi bien dans le partage des informations entre soignants que dans le plus large accès aux données médicalisées de gestion du risque. »

C'est dans cet esprit que s'inscrit la création de l'Institut des données de santé.

L'Institut des données de santé, un « INSEE » en puissance ?

Des outils existent déjà pour collecter et diffuser dans une certaine mesure tout un ensemble de données agrégées relatives à la consommation de soins et de biens médicaux :

– *les statistiques des remboursements de soins* disponibles au sein des caisses : les caisses sont d'ailleurs encouragées, notamment depuis la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, dont est issu l'article L. 161-28 du code de la sécurité sociale, à mener dans la perspective de la maîtrise des dépenses des opérations de collecte et de vérification de telles données ;

– *le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM)* créé par l'article L. 161-28-1 du même code, inséré par la loi de financement pour 1999, dont la mise en place et l'alimentation incombent aux gestionnaires de régimes de base, dans le respect de l'anonymat des bénéficiaires de prestations de soins ;

– *le codage des actes de biologie* depuis 1998, *le codage des médicaments* entamé en 1997 et généralisé depuis 1999 et prochainement *le codage des actes médicaux* grâce à la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux, pour les actes techniques des médecins et des chirurgiens-dentistes ¹ ;

¹ Un comité national paritaire de l'information médicale, visé à l'article L. 161-30 du code de la sécurité sociale, présidé par un magistrat et associant représentants des caisses nationales et représentants des

– à l’hôpital, *le programme de médicalisation des systèmes d’information* (PMSI) dont la gestion repose sur l’Agence technique d’information sur l’hospitalisation ;

– *le conseil pour la transparence des statistiques de l’assurance maladie*, destiné, selon les termes de l’article L. 161-28-2 du code de la sécurité sociale, à « garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d’assurance maladie » et placé auprès des ministres de la santé et de la sécurité sociale, qui a été créé en même temps que le SNIIRAM.

Le **paragraphe II** du présent article supprime ce conseil pour la transparence des statistiques, qui était composé des présidents des commissions de l’Assemblée nationale et du Sénat en charge des affaires sociales, du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d’assurance maladie et des professions de santé et de personnalités qualifiées. Chargé, en vertu de l’article L. 162-28-3, de veiller à la qualité du recueil et du traitement des informations statistiques produites par les organismes d’assurance maladie dans le domaine des soins de ville, ce conseil a dans un premier temps convenablement rempli son office, produisant notamment en février 2002 un avis remarqué sur la mise en place du SNIIRAM. Cependant, le dernier rapport annuel d’activité remonte à juillet 2002, l’annexe b1 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ne comprenant pas, comme la loi le prévoit pourtant, de rapport annuel du conseil. Son président, M. Claude Thélot, a plusieurs fois souligné que l’objectif de ce conseil était de permettre aux différents partenaires de travailler ensemble. Un GIP répond assurément, et sans doute mieux encore que l’actuel conseil, à cette préoccupation.

La création, par le **paragraphe I** du présent article, de l’Institut des données de santé doit donc non seulement combler un certain vide, mais surtout, par l’ampleur de son champ de compétence, la variété de ses membres et l’originalité de sa forme juridique, permettre d’effectuer un saut quantitatif et qualitatif qui justifie par avance qu’il soit qualifié d’« INSEE de la santé ».

Sur la forme, la section 5 nouvelle du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale composée d’un article L. 161-38 unique innove en donnant à l’institut un statut de groupement d’intérêt public. Les autres exemples de GIP dans le domaine sanitaire et social sont fournis en particulier par les agences régionales de l’hospitalisation, qui réunissent État et assurance maladie, mais aussi par le GIP gérant la carte de professionnel de santé. L’encadré suivant reproduit l’article servant de base légale à la constitution de GIP, dont le Conseil d’État considère depuis 1985 qu’ils forment une catégorie de personnes morales de droit public ⁽¹⁾ :

professions et établissements de santé, est chargé de définir les conditions d’élaboration du codage des pathologies ainsi que les modalités de collecte, de traitement et d’utilisation des données transmises par les prescripteurs et les financeurs.

¹ Section de l’intérieur, avis n° 338.385 du 15 octobre 1985.

Base légale des GIP

Article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France :

« Des groupements d'intérêt public dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière peuvent être constitués entre des établissements publics ayant une activité de recherche et de développement technologique, entre l'un ou plusieurs d'entre eux et une ou plusieurs personnes morales de droit public ou de droit privé pour exercer ensemble, pendant une durée déterminée, des activités de recherche ou de développement technologique, ou gérer des équipements d'intérêt commun nécessaires à ces activités.

« Des groupements d'intérêt public peuvent également être créés pour exercer, pendant une durée déterminée, des activités contribuant à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques concertées de développement social urbain. Lorsque leurs membres ne sont pas en mesure de mettre à leur disposition les personnels ayant les compétences nécessaires à l'exercice de ces activités particulières, ils peuvent recruter, sur décision de leur conseil d'administration, des personnels qui leur sont propres.

« Les personnes morales de droit public, les entreprises nationales et les personnes morales de droit privé chargées de la gestion d'un service public doivent disposer ensemble de la majorité des voix dans l'assemblée du groupement et dans le conseil d'administration qu'elles désignent.

« Le directeur du groupement, nommé par le conseil d'administration, assure, sous l'autorité du conseil et de son président, le fonctionnement du groupement. Dans les rapports avec les tiers, le directeur engage le groupement pour tout acte entrant dans l'objet de celui-ci.

« Un commissaire du Gouvernement est nommé auprès du groupement.

« La convention par laquelle est constitué le groupement doit être approuvée par l'autorité administrative, qui en assure la publicité. Elle détermine les modalités de participation des membres et les conditions dans lesquelles ils sont tenus des dettes du groupement. Elle indique notamment les conditions dans lesquelles ceux-ci mettent à la disposition du groupement des personnels rémunérés par eux.

« Le groupement d'intérêt public est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues par l'article 6 bis de la loi n° 67-483 du 22 juin 1967.

« La transformation de toute autre personne morale en groupement d'intérêt public n'entraîne ni dissolution ni création d'une personne morale nouvelle.

« Les dispositions du présent article sont applicables dans les territoires d'outre-mer et à Mayotte. »

Doivent participer à ce GIP *« notamment [...] l'État, des organismes nationaux d'assurance maladie, des organismes assurant une prise en charge complémentaire et des organismes représentant des professionnels de santé et des établissements de santé »*. Une telle liste appelle trois remarques, qui sont autant de conditions à remplir – ou d'obstacles à lever – pour concrétiser l'ambition affichée de créer l'INSEE de la santé :

– réunir des acteurs si différents suppose que l'intérêt commun qui les guide soit suffisamment partagé pour assurer un fonctionnement cohérent et efficace du conseil d'administration sous l'autorité du directeur. La nomination de ce dernier par le gouvernement, comme dans le cas des ARH, pourrait offrir de sérieuses garanties en ce sens ;

– le défi majeur à relever par l'institut consistera sans doute à dépasser la simple mise en commun de données préexistantes pour mener une véritable

politique de gestion dynamique de l'information collectée, faisant ainsi de la collecte de données un moyen plutôt qu'une fin ;

– le respect de la vie privée des patients apparaît comme une obligation absolue.

A cet égard, la mission du GIP telle que définie au second alinéa de l'article L. 162-38 offre déjà quelques réponses : l'institut est chargé « *d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie* », ce qui introduit bien un aspect dynamique absent dans les missions confiées au conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie. Quant à la mission de « *mise à disposition des données issues des systèmes d'information [des] membres dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés* », elle dit assez le souci de respecter vie privée et secret médical, même si la mention de la CNIL peut apparaître superflue, la commission étant déjà compétente, en vertu des articles 40-11 et suivants de la loi du 6 janvier 1978¹, pour se prononcer sur les demandes d'accès aux bases de données nécessaires à l'évaluation des pratiques de soins.

Il est intéressant de constater que le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie dans son rapport de juillet 2002, comme le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport de janvier 2004, font part d'une certaine préférence pour le travail sur des échantillons ou des panels, qui offrent une fiabilité plus grande que des données se voulant exhaustives. Il serait souhaitable que les travaux de l'Institut des données de santé puissent s'inspirer de cette remarque formulée par des observateurs éclairés, de même que des travaux retracés dans le rapport de M. Christian Babusiaux remis en 2003 au ministre de la santé².

La création de cet institut ne saurait toutefois être interprétée comme une simple accession au souhait des assureurs complémentaires de disposer de toutes les informations détenues par les caisses. En effet, une telle interprétation ferait fi de la nature même du fonctionnement d'un GIP – qui ne hiérarchise pas ses membres, est avant tout au service de l'intérêt général et comporte de fortes garanties du respect de cet intérêt public –, sous-estimerait les apports en compétences et en données que pourront effectuer les organismes complémentaires et ignorerait les garanties d'anonymat qui rendront impossible l'utilisation des données collectées à des fins de sélection des patients à assurer.

*

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de

¹ Loi n° 078-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

² MM. Christian Babusiaux, Louis Breas, Mme Laurence Eslous, Mme Dominique Thouvenin, « *l'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques* », 26 mai 2003.

M. Maxime Gremetz, l'un de suppression de l'article, l'autre de suppression du paragraphe I de l'article.

La commission a *rejeté* successivement deux amendements de M. Jean-Luc Préel proposant une nouvelle rédaction de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale qui définit les missions de l'Institut des données de santé, **le rapporteur** ayant précisé que ces amendements introduisent une incohérence en confiant à cette instance la gestion du dossier médical personnel.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz excluant des membres de l'Institut des données de santé les organismes assurant une prise en charge complémentaire, en particulier les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur précisant les partenaires auxquels l'institut pourra permettre de disposer des données issues des systèmes d'information ainsi que les finalités de ces mises à disposition, après que **le rapporteur** a souligné la nécessaire coordination entre l'institut et la Haute autorité, déjà évoquée lors de la discussion de l'article 19.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant que les données mises à la disposition de ses membres par l'Institut des données de santé ne le sont que dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État pris « sur les recommandations impératives » de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

Mme Jacqueline Fraysse a jugé important que les recommandations de la CNIL soient suivies à la lettre afin d'assurer un niveau maximum de protection des données.

Le rapporteur ayant jugé cette précision peu utile et d'une portée juridique contestable, la commission a *rejeté* l'amendement.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le paragraphe II de l'article qui prévoit la suppression du conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.

La commission a examiné un amendement de M. Pierre Morange supprimant le groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, afin de simplifier les structures chargées de la collecte des données.

Tout en partageant ce souci de simplification, **le rapporteur** a indiqué que cette disposition pourrait trouver sa place dans le projet de loi habilitant le gouvernement à simplifier le droit. Il a en outre jugé peu opportun de supprimer ce groupement, compte tenu de ses travaux en cours, notamment sur la tarification à

l'activité, le dossier médical et le partage des données ou encore la prescription électronique.

M. Pierre Morange a ensuite *retiré* l'amendement.

La commission a *adopté* l'article 35 ainsi modifié.

Section 6

Organisation régionale

L'échelon régional semble désormais faire l'objet d'un consensus au sein des décideurs publics en tant que territoire pertinent de mise en œuvre des politiques de santé et de réforme du système sanitaire et social. L'organisation au niveau régional est en effet considérée comme la clé d'une nouvelle répartition de l'offre de soins permettant à la fois de contenir les dépenses, de réduire les inégalités sur le territoire et de permettre une véritable coordination des intervenants en santé. Elle apparaît en outre à même d'apporter des réponses différenciées et adaptées aux réalités locales face aux défis structurels qui attendent le système de santé français : vieillissement de la population, évolution de la démographie médicale, mise en place de nouveaux outils technologiques.

Ce mouvement en faveur de la région a été engagé dès les années 1970 mais a connu un développement plutôt lent et laborieux avant la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), sous forme de GIP, en 1996. Les ARH sont les premières instances à avoir regroupé l'ensemble des actions menées dans le domaine de la planification et de la politique des soins hospitaliers. Leur réussite a contribué à promouvoir l'idée d'une véritable régionalisation de la politique de santé censée aboutir à la création d'« agences régionales de santé » exerçant les fonctions des ARH élargies au secteur ambulatoire mais également responsables de la mise en œuvre des politiques de santé publique au sens large, comprenant les domaines de la prévention et du médico-social. Une telle idée a été avancée dès 1993 dans le rapport du Commissariat général du Plan intitulé *Santé 2010* et reprise dans divers projets, notamment dans le cadre de propositions de loi où l'ARS était conçue comme l'exécutif de la politique régionale de santé élaborée par un conseil régional de santé composé d'élus, de professionnels et d'usagers.

Des interrogations demeurent sur la forme que la régionalisation doit prendre – déconcentration ? décentralisation ? –, que compliquent encore la diversité des acteurs institutionnels intervenant dans le domaine de la santé ainsi que l'imbrication de leurs missions. Enfin, il faut noter que la régionalisation n'est pas pour l'heure un phénomène homogène : quasi achevée dans le secteur hospitalier, elle n'en est qu'à ses balbutiements dans le secteur ambulatoire. De même, en termes de santé publique, si des outils existent pour l'observation et l'analyse de la situation sanitaire locale (observatoires régionaux et conférences régionales), les moyens de la politique de prévention restent encore éparpillés, en

dépité de la prochaine création des groupements régionaux de santé publique. Aussi, malgré les résultats obtenus, l'enchevêtrement des compétences, l'éclatement des acteurs et un cloisonnement important continuent-ils de limiter l'efficacité des réformes entreprises et contribuent-ils à nuancer leur bilan. Face à de tels besoins, l'ambition portée par la présente section pourra paraître limitée. Elle contient pourtant des avancées non négligeables.

Avant l'article 36

La commission a examiné huit amendements de M. Claude Evin relatifs à la création d'agences régionales de santé (ARS).

M. Claude Evin a rappelé que, depuis le début de la discussion du texte, et déjà lors des travaux de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie, plusieurs auditions ont mis en lumière une carence essentielle du système de santé, à savoir le cloisonnement en matière d'organisation sanitaire. Il est important, en effet, d'accroître la coordination dans l'offre de soins et pas seulement par le développement du dossier médical personnel. La réorganisation territoriale est nécessaire car elle permet une appréhension globale et intégrée des problèmes de santé. C'est la raison qui motive aujourd'hui cette proposition de création d'ARS, même s'il faut garder à l'esprit qu'une structure de coordination au plan national pourrait également être mise en place dans un second temps.

L'objectif poursuivi par la création de ces agences consiste à regrouper au sein d'une institution les missions aujourd'hui exercées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), les directions régionales de l'action sanitaire et sociale (DRASS) ou encore les groupements régionaux de santé publique (GRSP), prévues par le projet de loi relatif à la politique de santé publique. Ainsi pourra être assurée une articulation entre les deux pôles que constituent la prévention médicale et le développement de l'offre de soins.

Le premier amendement vise à créer les ARS et à en définir les missions. Les agences arrêteront notamment les schémas régionaux d'organisation sanitaire prenant en compte l'offre de soins à la fois hospitalière et libérale. Par un autre amendement, il est proposé de créer un conseil régional de santé, structure démocratique visant à assurer le suivi des actions menées par les agences. Ce conseil exerce son contrôle en lien avec les collectivités territoriales : il rassemble les partenaires sociaux, les acteurs de l'offre de soins, professionnels comme établissements de santé, les associations d'usagers ainsi que les représentants des collectivités territoriales.

Un amendement suivant porte sur la composition des agences, qui seraient administrées par un directoire, et précise leur fonctionnement concernant, par exemple, le rôle des directeurs-adjoints, même si ces dispositions relèvent sans doute davantage du niveau réglementaire. Il est à noter que l'attribution aux

agences des missions actuellement confiées aux DRASS constitue un signal fort de cette rationalisation des moyens. La question du budget des ARS fait l'objet de l'amendement suivant qui précise en particulier les sections composant leur budget et rappelle que ces agences sont chargées de répartir les dotations entre les établissements publics et privés. Un autre amendement définit la composition du conseil régional de santé.

Un amendement prévoit la création d'un service de contrôle de la sécurité de la dispensation des soins. Ce service est placé sous l'autorité du préfet, représentant de l'Etat dans la région et, à ce titre, chargé de veiller notamment au respect de la sécurité sanitaire.

L'avant-dernier amendement prévoit la création des ARS au plus tard le 1^{er} juillet 2006 et aménage une période de transition afin d'engager une réflexion sur leurs conditions de mise en place avec les organisations syndicales et les administrations. Enfin, il est prévu que, pour l'exercice de ses attributions, l'ARS dispose des services régionaux du contrôle médical des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Au total, il y a là beaucoup plus qu'une seule affirmation de principe : tous les éléments concrets du fonctionnement et de l'organisation des ARS sont prévus. Avec l'accord de la majorité, dont certains membres se sont souvent dits favorables au principe de ces ARS, il serait possible de procéder dès à présent à une avancée réelle.

M. Jean-Luc Prél a rappelé qu'il a lui aussi proposé de transformer les ARH en agences régionales de santé, à l'occasion notamment de la discussion du projet de loi relatif à la politique de santé publique. Le point essentiel consiste à remettre en question le principe de non-fongibilité des enveloppes entre la médecine ambulatoire et la médecine hospitalière. Par ailleurs il est important de réconcilier médecine préventive et médecine curative pour disposer, au plan régional, d'un interlocuteur unique.

Il serait difficilement compréhensible aujourd'hui de procéder à une réforme de l'assurance maladie sans proposer de poursuivre la régionalisation, à travers la création des ARS. Dès lors que le ministre a annoncé que la présente réforme est importante et a vocation à s'inscrire dans la durée, pourquoi attendre une seconde étape et de ne pas mettre en place dès maintenant ces agences ? Sans doute serait-il nécessaire de modifier ou de nuancer les propositions du groupe socialiste : une réflexion devra par exemple être menée sur la question du contrôle des agences par le conseil. Mais cette évolution est importante, en particulier pour l'avenir des ARH. En tout état de cause, le groupe UDF souhaiterait donc avancer ultérieurement des propositions pour modifier ou compléter ces amendements, si la commission spéciale décide de les adopter.

Le rapporteur a reconnu l'existence d'un consensus sur la nécessité d'aller à terme vers la création des ARS car la situation actuelle présente plusieurs

insuffisances, s'agissant notamment de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital.

Créer des ARS dès aujourd'hui soulèverait cependant plusieurs problèmes complexes de différences structurelles entre les ARH, qui relèvent de l'Etat, et les autres instances gérées par les partenaires sociaux et les caisses d'assurance maladie. S'agissant du pilotage de ce dispositif, il n'est pas sûr que les propositions du groupe socialiste recueillent l'assentiment des partenaires sociaux. En outre, les ARH sont des structures de taille réduite, qui sont tributaires des moyens de l'Etat pour l'exercice de leurs missions. A l'occasion du débat sur le projet de loi de santé publique, il a également été souligné que, à l'heure actuelle, l'union entre les ARH et les URCAM risquerait de se faire au détriment des missions qui seraient confiées à cette instance en matière de santé publique.

L'article 37 du projet de loi permet incontestablement d'avancer dans ce domaine, en renforçant la coordination entre les URCAM et les ARH. Certes, les amendements du groupe socialiste proposent une ARS qui semble idéale en théorie, mais elle est impossible à mettre en pratique aujourd'hui. Ils encourent par ailleurs le risque de se voir opposer l'irrecevabilité financière. A l'inverse, l'amendement du rapporteur qui sera présenté à l'article 37, est plus réaliste et plus prudent en proposant de créer des « missions régionales de santé », auxquelles pourraient s'adjoindre des expérimentations régionales de mise en place des ARS, comme le propose M. Yves Bur.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a souligné un point important dans le premier amendement, à savoir que les crédits des établissements médico-sociaux restent dans le champ de l'assurance maladie. C'est un enjeu essentiel auquel il doit être répondu dans le cadre de la présente réforme.

M. Daniel Garrigue s'est accordé sur le besoin d'une plus grande cohérence, les ARH s'inscrivant dans une logique trop étroite, alors que l'on a besoin d'une prise en compte globale des problèmes de santé. En revanche, il est nécessaire d'organiser une concertation avec les partenaires sociaux ainsi que des expérimentations dans ce domaine. S'il constitue une base de réflexion pour les ARS, le dispositif proposé par le groupe socialiste ne saurait donc être adopté en l'état.

M. Claude Evin a fait observer que les dispositions prévues par les amendements ne seraient pas applicables avant un délai de deux ans. On ne peut pas sans arrêt dire qu'il faut mettre en place ce dispositif et le reporter toujours à plus tard. La démarche qui consiste à en fixer dès aujourd'hui le cadre général, la « matrice » en quelque sorte, et à prévoir son application en 2006 est une proposition réaliste, même si elle doit nécessiter des modifications importantes du code de la santé publique. Aucune étape intermédiaire supplémentaire n'est donc nécessaire.

M. Jean-Marie Le Guen s'est étonné de l'absence de volontarisme sur une proposition qui recueillerait pourtant un très large accord du Parlement et peut-être seulement l'opposition d'une organisation syndicale. Le contraste est saisissant entre cette timidité et le volontarisme dont il est fait preuve pour cette « aimable plaisanterie » qu'est le dossier médical personnel, qui risque de traumatiser les professionnels ainsi que l'ensemble des Français. Il y a là une opportunité à saisir, il faut donc aller plus loin.

Le rapporteur n'a pas contesté que les objectifs soient partagés mais a estimé qu'il existe deux façons de les atteindre, dont l'une est préférable parce que plus souple et plus prudente. On peut ainsi envisager la création de missions régionales de santé, procédant de cette démarche, et qui seraient compétentes en matière de démographie médicale, de permanence des soins, de coordination des systèmes publics et privés d'offre de soins ainsi que pour l'élaboration d'un programme annuel de gestion du risque. Il semble également préférable de confier la direction de cette instance alternativement au directeur de l'ARH et au directeur de l'URCAM. Enfin, cette seconde approche implique d'associer la conférence régionale de santé aux travaux de la mission régionale.

Le président Yves Bur a également estimé que de ces deux démarches, l'une tout à la fois de déconcentration et d'étatisation, l'autre plus souple laissant le temps de la concertation avec les partenaires sociaux, la seconde est préférable. Outre les missions régionales de santé que propose le rapporteur, il serait également possible d'envisager des expérimentations régionales tendant à la mise en place des ARS.

M. Jean-Luc Prétel a tout d'abord rappelé que les ARH avaient soulevé un scepticisme analogue lors de leur création par les ordonnances de 1996, en ajoutant que la régionalisation du système de santé est aujourd'hui souhaitée par tous. Il conviendrait par ailleurs d'inclure dans ce dispositif la prévention et la formation continue des professionnels de santé. Une première phase d'expérimentation serait cependant risquée et pourrait se heurter à des difficultés pour passer à l'étape suivante. Il faudrait enfin envisager un *numerus clausus* régional par spécialité et mettre en place des conseils régionaux de santé, chargés de contrôler l'exécutif à cet échelon.

La commission a *rejeté* les amendements.

Article 36

(articles L. 183-1, L. 183-2, L. 183-2-1 à L. 183-2-3 et L. 183-3
du code de la sécurité sociale)

Renforcement des unions régionales des caisses d'assurance maladie

Créées dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse par l'ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 et mises en place à la fin de 1997, les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) sont des structures

interrégimes responsables de la coordination de l'action des caisses et du développement d'une politique de gestion du risque et d'analyse des besoins. Chaque URCAM regroupe les caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes (régime général, régime agricole et régime des indépendants) ainsi que, en Lorraine et dans le Nord-Pas-de-Calais, le régime des mines. Le présent article réforme les URCAM dans deux domaines : élargissement de leurs prérogatives et de leurs missions et renforcement de leur organisation interne sur un mode similaire à ce que prévoit le présent projet pour les caisses primaires et leur union nationale.

Des missions et des prérogatives élargies

Le **paragraphe I** réécrit l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale, support de la définition des compétences dévolues aux URCAM, d'une façon suffisamment ambitieuse pour créer les conditions d'une véritable montée en puissance de ces unions comme gestionnaires locaux de l'assurance maladie.

Le A du paragraphe I prévoit, sous la forme d'un « *programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie* », actualisé chaque année, une première traduction concrète – et inscrite dans la loi – qui se veut plus tangible que l'actuel plan régional d'assurance maladie, de la mission d'impulsion et de mise en œuvre d'« *une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville* ». Cette définition générale est conservée dans la nouvelle rédaction.

Le B du paragraphe I substitue aux cinq derniers alinéas de l'article L. 183-1 cinq autres alinéas offrant un substantiel contraste de moyens et d'objectifs. En effet, les cinq alinéas actuellement en vigueur concernent :

- les avis et recommandations aux caisses sur les actions à mener en matière de gestion du risque ;
- la coordination de l'activité des services du contrôle médical ;
- la possibilité de mettre en œuvre localement la régulation conventionnelle applicable aux médecins ;
- la participation aux actions régionales de prévention et d'éducation sanitaire ;
- la réalisation d'études conjointement avec les unions régionales de médecins libéraux.

Par contraste donc, le présent article prévoit :

- la négociation des accords de bonnes pratiques professionnelles et de coordination des soins, ainsi que leur évaluation ;

– l'accès permanent à diverses sources de données statistiques nécessaires à la gestion du risque : le système national d'informations interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), qui mériterait d'être plus précisément désigné, les systèmes d'information des caisses contenant les codes des actes et prestations remboursables et le répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie visé à l'article L. 161-32 du code de la sécurité sociale ;

– le bénéfice du concours des services du contrôle médical, comme actuellement, mais aussi des services administratifs des caisses situées dans le ressort territorial de l'URCAM ;

– la conclusion d'un « *contrat de services* » avec les organismes locaux de sécurité sociale, contenant des objectifs et des moyens sur lesquels les signataires s'engagent ;

– la possibilité de confier, sur décision du directeur général de l'UNCAM, à un organisme local d'assurance maladie la gestion administrative de l'URCAM.

En outre, le **paragraphe III** comprend un article L. 183-2-3 nouveau qui instaure « *un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion interrégimes [...] conclu entre chaque [URCAM] et [l'UNCAM]* », qui va jusqu'à « *met[tre] en œuvre au plan régional les objectifs quantifiés d'amélioration de l'efficacité des soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage, [et] précise[r] les indicateurs associés à ces objectifs, les modalités d'évaluation des résultats des unions régionales et de mise en œuvre de la modulation des ressources notamment en fonction de ces résultats.* »

Cette novation est capitale, car elle permet un véritable pilotage régional des dépenses financièrement intéressé, ce qui constitue un levier sans précédent de maîtrise médicalisée des dépenses au plus près du terrain. Il s'agit également d'un acte politique, le signal d'une confiance nouvelle faite aux acteurs régionaux. Naturellement, une telle évolution ne saurait s'effectuer sans garde-fous destinés à préserver l'égalité d'accès aux soins quelle que soit la région de résidence des assurés. C'est ainsi que les deux derniers alinéas du même article codifié comprennent chacun un dispositif d'encadrement entre les mains de l'UNCAM : un dispositif financier à travers la détermination par l'union nationale des moyens « *nécessaires à la réalisation des objectifs fixés à chaque union régionale* », et un dispositif d'évaluation, sous forme d'une « *synthèse annuelle établie par l'[UNCAM]* » pour permettre le suivi des contrats régionaux. On notera toutefois que ces deux instruments présentent des garanties de publicité, ce qui réduit toute tentation d'arbitraire dans leur utilisation.

Une organisation interne renouvelée

Par cohérence avec les dispositions prévues pour la CNAMTS à l'article 30 ou pour les caisses primaires à l'article 33 ainsi que, dans une moindre mesure, pour l'UNCAM à l'article 31 du présent projet, et dans le but d'une efficacité accrue, les paragraphes II et III réforment l'organisation interne des

URCAM, d'une part en rénovant leur conseil, d'autre part en renforçant les pouvoirs de leur directeur. Ainsi que le rapporteur l'a déjà indiqué dans son commentaire sur les articles précités, la lourdeur du processus de décision en conseil d'administration et la confusion des rôles avec l'instance de direction en matière d'impulsion, de gestion et de contrôle justifient une telle rénovation. Dans le cas présent, s'agissant de structures récentes et assez légères, on ajoutera à ces motivations celle, plus simple mais néanmoins légitime, du parallélisme des structures à tous les échelons de la gestion de l'assurance maladie.

Le A du **paragraphe II** substitue, à l'article L. 183-2 du code de la sécurité sociale, un « conseil » au « conseil d'administration » de l'union¹, tandis que le B, par coordination avec l'article 33 relatif aux caisses primaires, fait siéger au sein de ce conseil des « membres du conseil des caisses primaires » en lieu et place des « administrateurs ». Cependant, la réforme ne modifiant pas les structures des autres régimes sur ce point, le conseil de l'URCAM restera, en vertu de l'article L. 183-2, composé « d'administrateurs des caisses d'assurance maladie des autres régimes » que le régime général, ainsi que, dans les unions d'Alsace et de Lorraine, d'administrateurs de l'instance gestionnaire du régime applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle. La composition du conseil n'est donc pas modifiée sur le fond, la proportion des membres du conseil des caisses primaires restant fixée à « au moins deux tiers » et ces membres associant toujours à parité des représentants des assurés sociaux et des représentants des employeurs, ainsi que des représentants de la Fédération nationale de la mutualité française et un représentant du personnel de l'union avec voix consultative. Le directeur de l'ARH continuera d'assister aux délibérations, d'autant que ses liens avec le directeur de l'union sont largement renforcés à l'article 37.

Signe du peu de consistance que revêtaient jusqu'alors les missions des URCAM, les compétences du conseil d'administration et du directeur n'étaient pas explicitées dans la loi. Le **paragraphe III** y pourvoit en créant deux articles décrivant ces compétences respectives. L'article L. 183-2-1 relatif au conseil prévoit :

– des délibérations sur les orientations de l'organisation de l'URCAM et surtout sur les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion susmentionné, cœur des missions de l'union rénovée ;

– des délibérations à caractère plus « classique », de simple gestion, relatives aux opérations immobilières et au patrimoine de l'union ainsi qu'à l'acceptation et au refus des dons et legs, ou destinées à déterminer la représentation extérieure de l'union dans d'autres instances.

En outre, le conseil est le détenteur formel du pouvoir budgétaire, sur proposition du directeur. Ce pouvoir se matérialise en fait par un droit

¹ En omettant d'ailleurs de procéder à la même substitution au dernier alinéa de l'article L. 183-2.

d'opposition à ladite proposition, à la majorité qualifiée (qui sera déterminée par décret). La précision portant sur la nature des budgets à approuver, « *budgets de gestion et d'intervention* », souligne une fois encore l'étendue des nouvelles prérogatives de l'union.

Outre sa mission d'établissement et d'exécution des budgets de l'union, le directeur est doté de pouvoirs étendus par l'article L. 183-2-2, toujours à l'image de ce qui est prévu pour les autres instances gestionnaires de l'assurance maladie : même s'il apparaît subordonné au conseil dont il « *met en œuvre les orientations* », il possède la compétence de droit commun quand les autres autorités exercent des compétences d'attribution. Le directeur assume ainsi la responsabilité du fonctionnement courant de l'union – « *gestion administrative, financière et immobilière* » – mais surtout il est, en cohérence avec ses compétences budgétaires, chargé « *de négocier et de conclure au nom de l'union régionale toute convention ou accord, notamment le contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion [...] et les accords avec les professionnels de santé de la compétence de l'union* ». C'est donc au directeur qu'il reviendra de négocier avec l'union nationale la traduction financière des objectifs et des résultats de sa gestion régionale, les moyens ainsi dégagés devant permettre ensuite d'intéresser financièrement les professionnels au succès des mécanismes contractuels régionaux, tels les accords de bon usage des soins ou les contrats de bonne pratique. La promotion de tels accords, aujourd'hui peu répandus et que la loi de financement pour 2004 a entendu encourager, représente un pan essentiel de l'amélioration de la qualité des pratiques médicales et d'incitation à la meilleure utilisation des dépenses d'assurance maladie.

Enfin, le **paragraphe IV** aménage les modalités de nomination et de révocation des directeurs et agents comptables des URCAM en réécrivant l'article L. 183-3. Alors que ces personnels sont aujourd'hui choisis sur une liste d'aptitude par le conseil d'administration de l'union régionale parmi trois noms proposés par le directeur de la CNAMTS puis nommés par lui, le présent article prévoit une nomination par le directeur général de l'UNCAM après avis des directeurs de la CANAM et de la CCMSA, sur liste d'aptitude. Les autres régimes sont donc associés aux nominations tandis que le conseil de l'union régionale perd son pouvoir de proposition au profit d'un droit d'opposition à la majorité des deux tiers de ses membres. S'agissant de la cessation des fonctions des directeurs et agents comptables, la compétence passe là encore du directeur de la CNAMTS au directeur général de l'UNCAM – c'est-à-dire la même personne, conformément à l'article 31 du projet – et les garanties de reclassement des agents prévues par la convention collective sont maintenues ; en revanche, ce pouvoir de révocation semble devenir un peu plus discrétionnaire, puisque disparaît la nécessité d'invoquer à l'appui de cette décision « *un motif tiré de l'intérêt du service* ».

Les deux derniers alinéas de l'article visent à simplifier le fonctionnement des URCAM en prévoyant que leur directeur pourra cumuler ses fonctions avec celle de directeur d'un organisme local ou régional ou bien celle de praticien chef de l'échelon régional du service médical territorialement compétent. Les mêmes

possibilités de cumul existent pour l'agent comptable, qui pourra être l'agent comptable d'un organisme local ou régional dans le ressort territorial adéquat. Cet élément de souplesse mérite d'être souligné, même s'il dénote, en creux, la moindre charge que représente une direction d'URCAM, donc la marge de progression de cette structure.

*

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, l'une supprimant l'article, l'autre supprimant son paragraphe I.

Elle a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

Puis la commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, supprimant le B du I de l'article concernant les compétences des URCAM.

Elle a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a également *adopté* un amendement du rapporteur visant à garantir la cohérence entre les orientations définies dans les conventions nationales signées entre l'UNCAM et les professionnels de santé et les accords régionaux entre les URCAM et ces mêmes professionnels.

La commission a *adopté* deux amendements identiques de M. Philippe Vitel et de M. Jean-Luc Prél précisant le caractère anonyme des informations communiquées à l'URCAM.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff confiant le pilotage de l'union régionale des caisses d'assurance maladie à un collège des directeurs des caisses au lieu d'un directeur général, **le rapporteur** estimant que si un collège se justifie à l'échelle nationale au sein de l'UNCAM, les URCAM sont des structures autrement plus légères.

La commission a ensuite examiné un amendement de M. Yves Censi précisant les règles de fonctionnement du collège des directeurs de l'UNCAM.

M. Yves Censi a indiqué qu'il convient de confier au collège des directeurs de l'UNCAM plutôt qu'à son directeur général le pouvoir de confier à un organisme local d'assurance maladie la gestion administrative de l'URCAM. Il a défendu l'intérêt de la connaissance du terrain propre à des caisses telles la MSA notamment, par exemple, sur le plan gérontologique. Il y a lieu de ne pas simplifier à l'excès ce dispositif afin d'en garantir le bon fonctionnement. De fait, la structure imposée risque de se traduire par un recul dans la gestion interrégimes.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, qui a estimé que le texte tend à la régionalisation alors que l'amendement constitue un retour à l'échelon national, la commission a *rejeté* l'amendement.

M. Daniel Garrigue a insisté sur la nécessité de poursuivre la réflexion, d'ici l'examen du projet en séance publique, sur le rôle irremplaçable joué par la MSA en tant que caisse de proximité.

M. Yves Censi a souligné que le maintien de cette caisse ne comporte aucun risque de complexification du dispositif.

Le rapporteur a considéré que, s'il n'est pas illégitime de vouloir reconnaître la spécificité de chacune des trois caisses, il faut cependant également tenir compte de ce que la CNAM représente pas moins de 85 % des assurés.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz ayant respectivement pour objet de confier aux conseils d'administration de tous les organismes de la région le pouvoir de déléguer à un organisme local la gestion de l'URCAM et le terme de conseil « d'administration » pour ces unions.

La commission a ensuite *adopté* trois amendements rédactionnels du rapporteur.

Puis la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant respectivement à supprimer le III de l'article et à préciser que l'union régionale comporte un conseil « d'administration ».

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a *rejeté* deux amendements de Mme Claude Greff liant le rôle du directeur de l'union régionale – celui-ci devenant directeur général – à un collège des directeurs.

La commission a ensuite *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Claude Greff visant à supprimer une expression jugée dévalorisante dans la qualification des compétences du directeur de l'URCAM.

Puis la commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à supprimer la possibilité ouverte par le texte de moduler les ressources des URCAM en fonction de leurs résultats et à supprimer le IV de l'article.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz précisant les conditions de nomination des directeurs des URCAM.

Mme Jacqueline Fraysse a souligné l'intérêt qu'il y a à maintenir les règles administratives en vigueur afin de garantir l'indépendance des directeurs des URCAM.

Après que **le rapporteur** a émis un avis défavorable à leur adoption, la commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a examiné un amendement de M. Yves Censi tendant à prévoir un avis des directeurs de la CANAM et de la CCMSA préalablement à toute décision de révocation des directeurs ou agents comptables des URCAM prise par le directeur général de l'UNCAM.

M. Yves Censi a fait part de la méfiance que lui inspire la perspective de voir un seul directeur répondre de l'ensemble des décisions.

Le rapporteur a suggéré le retrait de l'amendement au profit d'une rédaction postérieure améliorée. Il a, par ailleurs, estimé qu'il convenait de ne pas confondre les niveaux national et local.

M. Daniel Garrigue a suggéré de revoir l'ensemble des amendements concernant la MSA dans le cadre de la réunion que la commission tiendra en application de l'article 88 du Règlement.

Le président Yves Bur a suggéré la consultation des ministres de la santé et de l'agriculture.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a également *rejeté* un amendement de M. Yves Censi tendant à permettre au responsable de l'échelon du service médical d'un régime autre que le régime général d'exercer les fonctions de directeur d'URCAM.

La commission a *adopté* l'article 36 ainsi modifié.

Après l'article 36

La commission a *rejeté* onze amendements de M. Jean-Luc Prél :

- les trois premiers tendant à mieux intégrer, dans les missions et la composition de la conférence nationale de santé, les préoccupations régionales ;
- le quatrième visant la composition des conseils régionaux de santé ;
- le cinquième instituant un « directeur de l'agence régionale de la santé » ;
- le sixième étendant le rôle du conseil régional de santé ;
- le septième portant création de maisons médicales en zone rurale et en zone urbaine défavorisée ;
- le huitième instituant un *numerus clausus* régional par spécialité médicale ;

- le neuvième regroupant les professionnels paramédicaux exerçant à titre libéral dans une union équivalente aux URML ;
- le dixième créant des agences régionales de la santé ;
- le onzième renforçant la coopération entre instances régionales dans le domaine de la santé.

Article 37

(article L. 162-47 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Missions conjointes des ARH et des URCAM

Le présent article est le dispositif central de l'ambition de coordination régionale portée par le projet.

Comme l'a rappelé le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport de janvier 2004, l'ensemble des observateurs s'accordent pour déplorer la séparation ville / hôpital et souhaiter un décloisonnement permettant d'assurer une meilleure continuité des soins, de favoriser la mise en réseau des professionnels de santé et d'arriver à une meilleure allocation des ressources. L'état de faible développement de l'hospitalisation à domicile comme de la chirurgie ambulatoire dans notre pays est bien un signe de ce que le cloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire empêche une gestion optimale des ressources centrée sur le malade. À l'évidence, la réflexion sur la gouvernance de l'assurance maladie doit mieux prendre en compte ces problèmes d'articulation, en particulier à l'échelon régional où une collaboration plus poussée est à rechercher – notamment entre les ARH, les URCAM et les URML.

C'est dans cet esprit que s'inscrit la coopération renforcée prévue par le texte sous forme d'institutionnalisation de la coordination des soins.

Les **paragraphes I et II** et le premier alinéa du **paragraphe III** réaménagent ainsi la nomenclature du code de la sécurité sociale pour y insérer, à la suite des dispositions relatives aux réseaux de soins introduites par la loi de financement pour 2002, une sous-section relative à la coordination des soins, composée d'un unique article L. 162-47. Celui-ci poursuit deux objectifs : l'instauration d'une convention entre l'ARH et l'URCAM d'une part, les missions conjointes des directeurs de ces structures d'autre part. Le rapporteur estime qu'une organisation plus intégrée que celle prévue par le texte est possible.

Les liens conventionnels entre ARH et URCAM

La convention, soumise à l'avis préalable des représentants des professions libérales et des établissements de santé, est centrée sur la répartition de l'offre de soins (deuxième alinéa [1°] de l'article L. 162-47) – en particulier la définition des zones rurales ou urbaines sous-médicalisées – et sur la permanence des soins (troisième alinéa [2°]). La répartition territoriale des professionnels de

santé libéraux est naturellement établie en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) visé à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique. Le SROS étant arrêté par le directeur de l'ARH, il s'agit en l'espèce d'associer l'URCAM à une politique dont elle ne connaissait pas. Symétriquement, en matière de définition des zones rurales ou urbaines sous-médicalisées, c'est l'ARH qui est impliquée dans une procédure relevant, en vertu de l'article 6 du projet, de l'UNCAM et des organisations représentatives de professionnels de santé.

Le rapporteur note qu'aux termes de l'article L. 6121-9 du code de la santé publique issu de l'ordonnance du 4 septembre 2003¹ « *dans chaque région [...] un comité régional de l'organisation sanitaire a pour mission de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique régionale d'organisation de l'offre de soins* », consulté par l'ARH. Ce comité « *rend un avis sur la définition des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins* ». Ces dispositions traitent en fait de l'équipement sanitaire et notamment des matériels lourds. Il est donc temps, après les matériels, de s'occuper des hommes.

D'ailleurs, le **paragraphe IV** prévoit de joindre les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels libéraux, telles que définies au deuxième alinéa de l'article L. 162-47, à un document davantage tourné vers la répartition de matériels et de services : l'annexe au schéma d'organisation sanitaire mentionnée à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique. Cette annexe comprend déjà « *les objectifs quantifiés de l'offre de soins par territoires de santé, par activité de soins [...] et par équipements matériels lourds* » ainsi que « *les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements* ». Sans que le texte du projet ne le précise, il va de soi que pour l'application de ce paragraphe, seul l'échelon régional sera concerné, au sein d'une annexe qui peut s'appliquer à différents échelons : infrarégional, régional, interrégional ou national.

Le sujet de la répartition territoriale des professionnels n'est toutefois pas entièrement nouveau ; d'autres textes en traitent également. La convention nationale entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladie prévoyait ainsi, dans son avenant n° 8 publié au *Journal officiel* du 1^{er} février 2002, d'affecter 76 millions d'euros pour favoriser l'installation des médecins généralistes dans les zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit de l'offre de soins, et faciliter le regroupement des cabinets professionnels. De même, le projet de loi relatif au développement des territoires ruraux en cours d'examen devant le Parlement prévoit-il, dans son article 38, que les collectivités territoriales et leurs groupements peuvent attribuer des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins.

¹ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

S'agissant de la permanence des soins, le rappel de quelques définitions n'est pas inutile.

Deux modalités de la permanence des soins

L'**astreinte** se définit comme l'obligation de disponibilité d'un praticien pour répondre à une demande de soins non programmés. Le praticien doit être joignable en permanence pendant la période d'astreinte qu'il peut effectuer soit à son domicile soit dans tout autre lieu de son choix, et pouvoir intervenir dans les plus brefs délais à la demande de la régulation centralisée de permanence de soins.

La **garde** se définit comme l'obligation de présence d'un praticien dans un lieu d'exercice médical pour répondre à une demande de soins non programmés. Pendant la période de garde le médecin s'engage à accueillir les patients qui lui sont adressés par le centre de régulation de la permanence de soins.

Source : rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, annexe n° 58.

Sur ce point également, diverses réformes récentes ou en cours peuvent être évoquées. En particulier, le dispositif de permanence des soins libéraux est rénové *via* une redéfinition des secteurs de permanence de soins. Obligation déontologique, la participation au système de permanence demeure fondée sur le volontariat, mais des réquisitions du préfet sont toujours possibles.

Depuis mars 2002, l'assurance maladie verse une rémunération forfaitaire de 50 euros par période de 12 heures aux médecins d'astreinte (ce forfait s'ajoutant au montant des actes réalisés). Au cours du premier semestre 2003, l'assurance maladie a indemnisé plus de 290 000 astreintes pour un montant total de 14,5 millions d'euros. S'y ajoutent les expériences de maisons médicales et le projet d'une régulation unique des généralistes et urgentistes en liaison avec le SAMU-centre 15.

Les compétences conjointes des directeurs des ARH et des URCAM

Deux types de compétences à exercer en commun par chaque « binôme » de directeurs sont définis aux cinquième (1°) et sixième (2°) alinéas de l'article L. 162-47 :

– « *Le programme annuel de gestion du risque [...] dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires* ». Cette formulation vague peut être regardée comme insuffisamment précise pour insuffler une quelconque dynamique de coopération entre des acteurs qui n'ont pas l'habitude de travailler en commun. Elle peut, à l'inverse, satisfaire par sa prudence et son champ ouvert les tenants de la plus grande latitude laissée aux directeurs concernés. Dans les deux cas toutefois, la formulation adoptée implique que le programme annuel est une obligation, ce dont il faut se réjouir.

– L'autre bloc de compétences a trait au « *programme annuel des actions [...] [de] coordination des différentes composantes régionales du système de soins [...], notamment en matière de développement des réseaux* ». Ce point mérite attention.

Remontant à trente ans environ pour les plus anciens, les réseaux de santé étaient, en 1999, selon la direction générale de la santé, au nombre de 800, traitant de thèmes aussi divers que l'alcool, le sida, la toxicomanie, la gérontologie, la précarité, le virus de l'hépatite C, *etc.* Les ordonnances du 24 avril 1996 ont développé ce mode de fonctionnement, qui permet d'envisager, selon l'ANAES, une meilleure adaptation du système de soins aux besoins des patients, un décloisonnement du système de soins (entre médecine de ville et établissements de santé notamment), ainsi qu'un accroissement de la compétence collective des professionnels de santé par une mise en commun plus efficiente de leurs expertises et savoir-faire. Par la suite, la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a défini les réseaux de santé et les critères de qualité auxquels ils doivent répondre, désormais mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

« Art. L. 6321-1.– *Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. [...]* »

La loi de financement pour 2002 a unifié et pérennisé le financement des réseaux dans le cadre d'une enveloppe nationale de développement des réseaux qui représentait 45,86 millions d'euros en 2003, répartie au niveau régional.

Malgré ces avancées, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estime que « *la réalité que recouvrent les réseaux demeure complexe et difficile à appréhender dans sa globalité* », du fait d'une unification imparfaite de leur régime financier ou de leur mode de fonctionnement. En outre, la Cour des comptes estime nécessaires une clarification des rôles respectifs de certains réseaux et d'autres structures de coordination ainsi qu'une évaluation tant sanitaire que financière de l'action des réseaux.

Un grand mérite du texte proposé consiste à faire coopérer les deux sources principales d'information et de financement concernant les réseaux à l'heure actuelle : les ARH pour les réseaux financés sur la dotation globale et depuis décembre 2002 sur la dotation régionale de développement des réseaux et l'assurance maladie pour le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville dont elle assume la gestion. Selon le rapport du Haut conseil, les ARH reconnaissent aujourd'hui 182 réseaux et l'assurance maladie en finançait 247 en 2000-2001.

La possibilité d'une préfiguration plus poussée des ARS

Selon le diagnostic porté par le Haut Conseil, « *On s'accoutume [...] aux empilements institutionnels (dont le meilleur exemple est la surcharge de l'échelon régional : ARH, URCAM, URML, CRAM, DRASS, ORS, etc.).* » Dès lors, tout progrès dans la mise en œuvre d'une politique passe nécessairement par une coordination des différents acteurs appelés à intervenir : coordination des caisses et des différents régimes par les URCAM, coordination des actions hospitalières de l'Etat et de l'assurance maladie au sein du GIP ARH, coordination des parties prenantes au GIE SESAM Vitale, les exemples ne manquent pas et le présent article n'échappe pas à cette règle. Pour citer le jugement sévère du Haut conseil : « *Au mieux, c'est la lenteur et la perte d'efficacité ; au pire, c'est le conflit.* » Sans aller jusqu'à souscrire entièrement à ce diagnostic, le rapporteur reconnaît que dépasser la simple coordination pour cheminer vers la fusion d'entités existantes, ou à tout le moins vers une structure composite mais dotée d'un exécutif fort, est une perspective prometteuse.

Guidé par ce souci d'efficacité, le rapporteur déposera un amendement réécrivant le présent article en en reprenant la substance mais en introduisant trois points importants :

– la formalisation de la coopération entre ARH et URCAM à travers une « mission régionale de santé » ;

– la direction de cette mission par rotation annuelle entre le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM ;

– l'instauration de liens étroits entre la mission et la conférence régionale de santé réintroduite par les députés dans le projet de loi relatif à la politique de santé publique en cours d'examen parlementaire. Il s'agit de permettre un dialogue avec des élus, des représentants des professionnels de santé et des usagers, qui constitueraient les trois collèges de la conférence. Sous réserve d'une coordination à introduire dans le projet précité, une telle architecture semble, mieux encore que le présent article, à même de préparer la création des ARS : une fois que les différents partenaires auront pris la mesure des gains d'efficacité associés à la mission régionale de santé, les obstacles techniques et juridiques relatifs au statut des personnels ou au régime budgétaire de l'entité à construire seront, espérons-le, plus aisément levés.

*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

Puis la commission a *rejeté* trois séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant respectivement les paragraphes I, II et III de cet article.

La commission a *adopté* un amendement du rapporteur favorisant une gestion intégrée des compétences conjointes des ARH et des URCAM au sein d'une structure de mission légère qui préfigure la mise en place dans chaque région d'une agence régionale de santé.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél précisant que la coordination des soins est assurée par une agence régionale de santé.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel tendant à rétablir le rôle de l'ordre des médecins dans la détermination des orientations en matière de répartition territoriale des professionnels de santé.

Après que **le rapporteur** a fait valoir qu'il ne revient pas à cet organe de définir ces modalités pratiques de répartition, l'amendement a été *retiré* par son auteur.

La commission a examiné un amendement de M. Philippe Vitel prévoyant que l'ordre des médecins soit associé à l'organisation de la permanence des soins.

Le rapporteur s'est déclaré favorable à l'adoption de l'amendement sous la réserve de l'adoption préalable d'un sous-amendement de précision.

La commission a *adopté* ce sous-amendement, puis l'amendement de M. Philippe Vitel ainsi modifié.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant le IV de l'article.

La commission a *adopté* l'article 37 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 37

Expérimentation de la mise en place d'agences régionales de santé

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur prévoyant que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent, un an après l'entrée en vigueur de la loi, les régions qui sont autorisées à expérimenter la mise en place d'une agence régionale de santé, après que **M. Jean-Luc Prél** s'est interrogé sur le passage de l'expérimentation à la réalisation.

Après l'article 37

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut élargissant la composition des conseils d'administration des hôpitaux aux députés.

M. Philippe Vitel a rappelé que cette suggestion a, par le passé, fait l'objet d'une proposition de loi déposée par M. Jacques Domergue.

Suivant l'avis défavorable du **rapporteur**, la commission a rejeté l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut prévoyant que le président du conseil d'administration des établissements publics de santé rend public chaque année, le budget de son établissement.

Article 38

(articles L. 121-1, L. 121-2, L. 151-1, L. 153-5, L. 153-8, L. 200-3, L. 221-1, L. 221-5, L. 224-1, L. 224-5-2, L. 224-9, L. 224-10, L. 227-2, L. 228-1, L. 231-1 à L. 231-12, L. 251-2 à L. 251-4, L. 262-1 et L. 281-2 à L. 281-6 du code de la sécurité sociale)

Coordination

Cet article prévoit les dispositions de coordination affectant trente-six articles du code de la sécurité sociale rendues nécessaires par :

- à l'exception des caisses régionales, la substitution de conseils aux conseils d'administration dans les institutions de la branche maladie (**2°, 4°, 5° à 7°, 9°, 10°, 12° à 14°, 17° à 27° et 31° à 35° du présent article**) : à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 30 du projet de loi ; dans les caisses primaires d'assurance maladie en vertu de l'article 33 du projet de loi ; dans les unions régionales des caisses d'assurance maladie en vertu de l'article 36 du projet de loi ;

- l'adaptation en conséquence aux membres des conseils des dispositions visant les administrateurs des caisses (**3°, 10°, 16°, 21°, 22°, 26°, 28° et 29°**) ;

- l'élévation en vertu de l'article 30 du projet du directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au rang de directeur général prise en compte par les **11°, 14° et 15°** de l'article ;

- le transfert à l'union nationale des caisses d'assurance maladie de la politique conventionnelle par l'article 31 du projet (**7°** du présent article) ;

- le changement de la répartition des compétences en matière de gestion financière du risque opéré par l'article 30 du projet (**30°** du présent article).

*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *rejeté* trente-quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les différents alinéas de cet article.

La commission a *adopté* l'article 38 sans modification.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Avant l'article 39

La commission a *rejeté* deux séries d'amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à créer respectivement une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers générés par les entreprises et les ménages et une contribution sur les revenus financiers des entreprises.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen tendant à asseoir les cotisations sociales patronales assurance maladie sur l'excédent brut d'exploitation des entreprises et à affecter la totalité des droits sur les tabacs au financement de l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* quatre séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant pour trois d'entre elles à modifier l'assiette des cotisations sociales en la liant à la valeur ajoutée des entreprises et pour la dernière à supprimer les exonérations de cotisations sociales patronales.

La commission a examiné deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz exonérant les hôpitaux du paiement de la taxe sur les salaires.

Après que **le rapporteur** a indiqué que les moyens financiers susceptibles de mettre en place la mesure font défaut, la commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz augmentant le taux de la contribution sociale sur les bénéfiques.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant respectivement à instituer un accès sélectif au crédit en fonction de l'investissement de l'entreprise en faveur de l'emploi et la formation et à faire bénéficier les établissements publics de santé de la baisse de la TVA portant sur les travaux d'amélioration et d'entretien des habitations.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen visant à affecter de la totalité des droits sur les tabacs et de la taxe sur les conventions d'assurance au financement de l'assurance maladie.

Article 39

(article L. 131-7 du code de la sécurité sociale)

Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale

Cet article vise à mieux garantir les ressources de la sécurité sociale. En effet, le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de 2003 a une nouvelle fois rappelé l'existence de mesures d'exonérations de cotisations sociales non compensées par l'Etat ou compensés de façon partielle.

On rappellera pour mémoire les sommes en jeu. En dépit de la légère baisse prévue en 2004 liée à la mise en extinction des dispositifs relatifs au temps partiel et première embauche, les sommes concernées restent conséquentes et représentent pour l'assurance maladie un manque à gagner d'environ 850 à 900 millions d'euros par an.

Le coût annuel des dispositifs d'exonérations non compensées (en millions d'euros)

| | Cotisations exonérées 2002 | Cotisations exonérées 2003 | Cotisations exonérées 2004 (*) |
|-----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| Mesures emploi à domicile | 841 | 966 | 1 070 |
| CES/CEC | 787 | 757 | 730 |
| Temps partiel | 331 | 257 | 213 |
| Embauche premier salarié | 197 | 55 | 3 |
| Associations intermédiaires | 61 | 63 | 63 |
| Autres | 10 | 10 | 10 |
| Total | 2 227 | 2 108 | 2 089 |

(*) prévisions

Source : rapport de septembre 2003 de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Cette perte de recettes pour l'assurance maladie est en apparence paradoxale puisque l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale issu de l'article 5 de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale dite loi « Veil » prévoit que les exonérations – partielles ou totales – de cotisations sociales donnent lieu à compensation intégrale par le budget de l'Etat des pertes de recettes induites pour les organismes de sécurité sociale.

Le présent article met en œuvre plusieurs mesures destinées à résoudre cette contradiction.

L'objectif est d'abord clairement affirmé par le **paragraphe I** qui remplace le titre du chapitre I^{er} bis du titre III du livre I du code de la sécurité sociale intitulé « *Prise en charge par l'Etat de certaines cotisations de sécurité sociale* » par le titre suivant : « *Mesures destinées à garantir les ressources de la sécurité sociale* ». Il s'agit de dissiper toute ambiguïté quant à l'obligation de compenser intégralement certaines mesures conduisant à une perte de cotisations pour les organismes de sécurité sociale. On rappellera cependant que l'intitulé actuel visait avant tout l'absence de droit à compensation intégrale des exonérations antérieures à la rédaction de l'article L. 131-7 issue de la loi de 1994

précitée et que le présent article ne remet pas en cause cette absence d'obligation juridique. Par ailleurs, sont visées l'ensemble des ressources de la sécurité sociale et non les seules cotisations : la nuance est importante puisque la part des cotisations dans son financement a considérablement baissé depuis l'instauration et la montée en charge de la contribution sociale généralisée (CSG) et représente désormais à peine de plus de 50 % des recettes.

En conséquence, le **paragraphe II**, par la modification de l'article L. 131-7, étend le champ des pertes de cotisations ouvrant droit à compensation intégrale et inclut dans le dispositif les pertes de recettes liées aux contributions sociales affectées à la sécurité sociale et, de façon générale, tout transfert de charge opéré par l'Etat au détriment de la sécurité sociale.

Le **1° du paragraphe** modifie le premier alinéa de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale en supprimant la précision – sans utilité aucune – selon laquelle la compensation est intégrale que la mesure entraînant la perte de cotisations par la sécurité sociale soit partielle ou totale.

Il rend le même mécanisme de compensation intégrale applicable aux « réductions » de cotisations sociales intervenant après l'entrée en vigueur de la présente loi mais aussi entre l'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 précitée et celle de la présente loi.

Il convient de préciser la nuance séparant l'exonération de la réduction de cotisations sociales : l'exonération signifie que la somme théoriquement due résultant du calcul des cotisations n'est pas mise en recouvrement ; la réduction signifie que le montant des cotisations exigibles est diminué voire réduit à zéro. Dans le premier cas, le client sort du magasin avec un échantillon gratuit ; dans le second cas, le produit est vendu mais la remise faite réduit le prix à zéro. On voit bien que dans les deux cas, la situation est la même pour le client, ici pour l'employeur ou le salarié devant s'acquitter de ses cotisations. Il est d'ailleurs significatif que certains textes emploient un terme pour l'autre : à titre d'exemple récent, on rappellera que le dernier alinéa du V de l'article L. 241-13, issu de la rédaction de l'article 9 de la loi n° 2003-47 du 17 janvier 2003 relative aux salaires, au temps de travail et au développement de l'emploi, prévoit que la réduction de cotisations mise en place par l'article n'est pas cumulable – sauf exceptions – « *avec une autre exonération* ».

Le **2° du paragraphe** complète l'article L. 131-7 précité en rendant le dispositif de compensation intégrale applicable :

– A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée à la sécurité sociale : elle concerne donc en particulier la CSG et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) mais aussi la contribution sur les abondements aux plans partenariaux d'épargne salariale volontaire (régie par l'article L. 137-5 du code de la sécurité sociale et affecté au fonds de solidarité vieillesse), la contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise (instituée

par l'article L. 137-10 du même code et également affectée au FSV), les contributions à la charge des établissements pharmaceutiques (visées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code et affectées à l'assurance maladie), la contribution sur les contrats d'assurance de véhicule (en vertu de l'article L. 137-6), la contribution des entreprises de préparation de médicaments (visée à l'article L. 245-1 et affectée à l'assurance maladie) et la contribution sur les régimes de retraite d'entreprise à prestations définies (régie par l'article L. 137-11 et affectée au FSV). En revanche, ne sont pas concernées les contributions non affectées à la sécurité sociale, par exemple la contribution logement des employeurs ou encore les contributions à l'assurance chômage.

Cette mesure est évidemment d'une extrême importance pour la préservation des ressources de la sécurité sociale puisqu'elle garantit des sommes constituant près de la moitié de ses recettes.

– A toute mesure de réduction ou d'abattement non plus du montant des cotisations ou contributions exigibles mais de leur assiette de calcul.

– A tout transfert de charge opéré par l'Etat au détriment de la sécurité sociale. Il convient de noter sur ce dernier point que l'effort de clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale n'est pas à sens unique puisqu'un transfert de charge de la sécurité sociale vers l'Etat donnera désormais lieu à compensation intégrale par les régimes de sécurité sociale au profit de l'Etat.

Ces trois extensions du dispositif de compensation intégrale ne s'appliquent pas à compter de l'entrée en vigueur de la loi du 25 juillet 1994 mais à compter de celle de la présente loi.

Le **paragraphe III** prévoit le transfert à l'assurance maladie d'une partie supplémentaire des droits tabac visés à l'article 575 du code général des impôts (CGI) à hauteur d'un milliard d'euros. La fixation d'un montant suppose de recourir à des ajustements périodiques éventuels de la clef de répartition des droits tabac. Sur la base du rendement 2003 de ces droits, la part affectée à l'assurance maladie devrait s'établir légèrement au-dessus de 30 % de leur produit total.

Clefs de répartition des droits sur les tabacs affectés à la sécurité sociale jusqu'en 2004

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| - CNAM | 16 % | 2,61 % | 8,84 % | 15,2 % | 22,27 % |
| - FOREC | 79 % | 97 % | 90,77 % | 84,45 % | 0 % |
| - Fonds amiante | 0,39 % | 0,39 % | 0,39 % | 0,35 % | 0,32 % |
| - Etat/BAPSA | 5,9 % | 0 % | 0 % | 0 % | 77,41 % |

Cette solution d'un transfert des droits tabac et de la compensation intégrale pour la branche maladie des pertes de cotisations non compensées a fait l'unanimité des membres de la mission d'information de l'Assemblée nationale sur la problématique de l'assurance maladie.

La mesure proposée constitue une compensation des charges indues évoquées en début d'article liées à la non-compensation à l'assurance maladie de certaines exonérations de cotisations sociales antérieures à 1994. Il s'agit là d'une mesure de clarification des relations demandée par les partenaires sociaux et acceptée par le gouvernement alors même qu'elle ne répond pas à une obligation juridique. Elle s'inscrit en outre dans la logique de santé publique qui sous-tend la taxation du tabac. Enfin, elle permet un retour à l'assurance maladie de recettes qui lui étaient affectées avant la création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).

Encore convient-il de rappeler que la disposition ne sera concrètement applicable qu'une fois reprise dans la prochaine loi de finances en vertu de l'article 36 de la loi organique relative aux lois de finances qui prévoit que : *« L'affectation, totale ou partielle, à une autre personne morale d'une ressource établie au profit de l'Etat ne peut résulter que d'une disposition de loi de finances »*.

*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz de suppression de l'article.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions relatives au renforcement des règles de compensation des pertes de recettes de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Martine Billard et de M. Yves Censi tendant respectivement à affecter à l'assurance maladie la quasi-totalité des droits tabac et à affecter une part de ces droits au régime agricole, **le rapporteur** ayant objecté sur ce dernier point que tel est déjà le cas.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz portant de 1 à 10 milliards d'euros la part du montant des droits sur les tabacs transférés du budget de l'Etat à l'assurance maladie.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen affectant à la CNAM la totalité du produit des droits sur les tabacs non encore attribués à l'assurance maladie.

La commission a *adopté* l'article 39 sans modification.

Après l'article 39

La commission a *rejeté* sept amendements de Mme Martine Billard tendant respectivement à :

– moduler la contribution des entreprises en fonction du choix qu'elles opèrent dans le partage de la valeur ajoutée entre salaires, investissements et rémunération des actionnaires ;

– assujettir les entreprises à la contribution sociale sur les revenus des produits de placement ;

– créer une contribution sur les revenus des stock-options ;

– affecter à la sécurité sociale les droits sur les boissons alcoolisées anciennement affectés au FOREC ;

– affecter à l'assurance maladie le produit de la taxe générale sur les activités polluantes ;

– créer une taxe sur les véhicules terrestres à moteur thermique ;

– limiter les exonérations de cotisations sociales patronales afférentes aux contrats jeunes en entreprises aux entreprises de moins de cinquante salariés.

Article 40

(article L. 311-3 du code de la sécurité sociale
et articles L. 324-12 et L. 324-14 du code du travail)

Consolidation du recouvrement des recettes de la sécurité sociale

Cet article vise à consolider le recouvrement des recettes de la sécurité sociale en luttant contre le travail dissimulé.

A cet effet, il prévoit tout d'abord par le **paragraphe I** une mise en cohérence des catégories de personnes considérées comme salariées par le code de la sécurité sociale avec celles ainsi considérées par le code du travail.

On rappellera tout d'abord que l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale rend obligatoire l'affiliation aux assurances sociales du régime général des personnes « *quel que soit leur âge et même si elles sont titulaires d'une pension, (...) quelle que soit leur nationalité, de l'un ou de l'autre sexe, salariées ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat* ». L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale précise que sont notamment comprises dans le champ de cet article certaines catégories de personnes exerçant des professions particulières, soit qu'elles ne sont pas occupées dans l'établissement de l'employeur, soit qu'elles possèdent tout ou du matériel nécessaire à l'exercice de leur profession ou

encore du fait qu'elles sont rétribuées en tout ou partie sous forme de pourboires. Sont ainsi visés par exemple : les travailleurs à domicile, les VRP, les ouvreuses, les journalistes, ...

Le champ d'application de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale vise donc l'ensemble des professions salariées au sens du code du travail à la seule exception des personnes visées au 2° de l'article L. 781-1 de ce code, c'est-à-dire :

– les personnes vendant des marchandises, denrées, titres, volumes, publications ou billets lorsqu'ils lui sont fournis exclusivement ou presque exclusivement par une même entreprise ;

– les personnes dont la profession consiste essentiellement à recueillir les commandes ou recevoir les objets à traiter, manutentionner ou transporter pour le compte d'une seule entreprise lorsqu'elles le font dans un local fourni ou agréé par cette entreprise et dans des conditions et aux prix fixés par elles.

On retrouve là les critères classiques fondant l'existence d'une relation salariale : travail pour autrui, rémunération et subordination juridique.

Dès lors, le présent paragraphe propose de compléter la liste des professions visées à l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale par la référence à ces personnes.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 324-12 du code du travail relatif aux pouvoirs des personnes habilitées à rechercher et constater les infractions constitutives de travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du même code¹.

On rappellera que les personnes ainsi habilitées sont notamment les officiers et agents de police judiciaire, les agents de la direction générale des impôts (DGI) et de la direction générale des douanes, les agents agréés et assermentés des organismes de sécurité sociale et de la mutualité sociale agricole (MSA), les inspecteurs et les contrôleurs du travail.

Il est proposé par le présent paragraphe :

– De leur permettre d'obtenir copie des documents qu'ils peuvent déjà en vertu des troisième à sixième alinéas de l'article L. 324-12 se faire présenter (**1° du paragraphe**).

– De permettre aux agents des organismes de sécurité sociale et de la MSA ainsi qu'aux agents de la DGI d'entendre – avec son consentement – afin de connaître la nature de ses activités, ses conditions d'emploi et le montant de ses rémunérations de toute nature, non seulement toute personne rémunérée par un employeur – comme le dernier alinéa du même article le prévoit déjà – mais

¹ *Non-respect intentionnel de l'obligation d'immatriculation d'une activité à but lucratif au registre des entreprises, du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou de l'obligation de déclarations aux organismes de protection sociale ou à l'administration fiscale.*

également les personnes ayant été rémunérées ou que l'on présume être ou avoir été rémunérées par l'employeur. Les pouvoirs d'audition de ces agents sont donc étendus aux éventuelles infractions passées et aux présomptions d'infractions passées ou présentes (**2° du paragraphe**).

– De renforcer les pouvoirs des agents des organismes de sécurité sociale et de la MSA ainsi que des agents de la DGI en leur permettant de dresser un procès-verbal de ces auditions et de demander aux personnes entendues de justifier de leur identité et de leur adresse (**3° du paragraphe**).

Enfin, le **paragraphe III** permet, par la modification de l'article L. 324-14 du code du travail, de renforcer la responsabilité du donneur d'ordres en prévoyant que celui-ci est solidairement responsable du sous-traitant ayant commis une infraction constitutive de travail dissimulé lorsqu'il n'a pas vérifié que le sous-traitant s'est acquitté de ses obligations de déclaration auprès des organismes de protection sociale et des services fiscaux non seulement lors de la conclusion du contrat – cas déjà prévu – mais également tous les six mois jusqu'à la fin de celui-ci. A ce suivi régulier s'ajoute désormais une autre obligation nouvelle du donneur d'ordres : sa responsabilité est mise en jeu dès la constatation de l'infraction de travail dissimulé. Elle peut ainsi notamment être mise en jeu pour des infractions passées alors que la rédaction actuelle (« *exerce un travail dissimulé* ») ne l'autoriserait pas.

*

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de suppression de l'article de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz.

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel du rapporteur.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz tendant à lutter contre le travail dissimulé, afin de garantir les ressources de l'assurance maladie et à rendre plus dissuasives les sanctions prévues à l'encontre du travail dissimulé.

La commission a *adopté* l'article 40 ainsi modifié.

Après l'article 40

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen identifiant la fraction de la CSG spécifiquement affectée au financement de l'assurance maladie sous le nom de contribution santé universelle.

Article 41

(articles L. 136-2, L. 136-7-1 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale)

Dispositions relatives à la contribution sociale généralisée

Le présent article procède à l'élargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) par son paragraphe I et au relèvement des taux de CSG applicables à certaines catégories de revenus par les paragraphes II et III, le paragraphe IV prévoyant la date d'entrée en application de ces mesures.

Le **paragraphe I** procède à l'élargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité salariée visée au I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale et, du fait de la large assimilation de l'assiette de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) à celle de la CSG¹, à l'élargissement de l'assiette de la CRDS.

En vertu du deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2, il est actuellement opéré une réduction représentative de frais professionnels fixée à 5 % du montant des revenus bruts de l'activité salariée². Jusqu'à présent, la CSG était prélevée sur 95 % du salaire. Cet abattement mis en place lors de la création de la CSG visait à prendre en compte le fait que les non salariés sont imposés sur une assiette nette de frais professionnels.

Or, la réforme des frais professionnels opérée par un arrêté du 20 décembre 2002 a notablement élargi les possibilités offertes aux salariés de déduire des frais professionnels de l'assiette des cotisations sociales en vertu de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale :

– Le premier axe de la réforme consiste en l'extension du recours à l'évaluation forfaitaire précédemment limité aux frais d'alimentation, de logement et de déplacement à certaines évolutions de la vie des entreprises puisqu'elle peut désormais porter par exemple sur les frais liés à la mobilité professionnelle et aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

– Le deuxième axe consiste en l'ouverture pour l'employeur de la possibilité de déduire de l'assiette des cotisations les indemnités forfaitaires kilométriques, dans des limites fixées par les barèmes kilométriques publiés par l'administration fiscale, lorsque le salarié est contraint d'utiliser son véhicule à des fins professionnelles, ainsi que le remboursement dans certaines limites des frais engagés par le salarié dans le cadre d'une mobilité professionnelle. En outre,

¹ Le I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale prévoit ainsi le principe selon laquelle la CRDS s'applique aux revenus d'activité et de remplacement visés aux articles L. 136-2 à L. 136-6.

² Sauf en raison de leur nature, sur les indemnités journalières et les allocations (hors rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles ou à leurs ayants droit) versées à l'occasion de la maladie, de la paternité, des accidents du travail et maladies professionnelles.

l'arrêté reconnaît explicitement comme frais professionnels ceux engagés à des fins professionnelles par le salarié en télétravail ou utilisant des outils issus des NTIC.

– Le troisième axe consiste en l’harmonisation des règles entre tous les salariés, quels que soient leur rémunération ou leur statut, et la suppression du critère du statut du salarié : on rappellera que les frais professionnels liés au repas et au déplacement étaient auparavant évalués à un montant supérieur pour les cadres.

– Le quatrième axe consiste en la revalorisation des montants des frais professionnels chaque année au 1^{er} janvier, non plus en fonction du minimum garanti mais du taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation (tous ménages, hors tabacs).

Dès lors, l’abattement de 5 % pratiqué sur l’assiette de la CSG et la CRDS cumulable avec ces possibilités de déduction perd en partie sa justification. Le présent paragraphe propose donc de le réduire de deux points, son taux passant à 3 % et la CSG et CRDS s’appliquant donc à 97 % des revenus de l’activité salariée.

Le **paragraphe II** procède par modification de l’article L. 136-8 du code de la sécurité sociale à un relèvement de certains des taux de contribution applicables et à la modification de la clef de répartition des produits de la CSG.

Il procède ainsi par une rédaction globale du I de cet article (**1^o du paragraphe**) à une modification des taux de la CSG :

– maintenant le taux de 7,5 % applicable à l’assiette¹ constituée des revenus visés à l’article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, *i.e.* les revenus d’activité (salariée ou non) et les revenus de remplacement² des personnes physiques fiscalement domiciliées en France et affiliées à un régime obligatoire français d’assurance maladie et des agents de l’Etat, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à caractère administratif travaillant hors de France mais dont la rémunération est imposable en France et affiliées à un régime obligatoire français d’assurance maladie ;

– portant de 7,5 % à 8,2 % le taux applicable aux revenus du patrimoine visés à l’article L. 136-6 et aux revenus de placement visés à l’article L. 136-7 ;

– portant de 7,5 % à 9,5 % le taux applicable aux sommes engagées ou produits réalisés à l’occasion des jeux visées à l’article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

¹ Après abattement forfaitaire de 3 % en vertu de l’article L. 136-2 du même code modifié par le I du présent article.

² On rappellera que les revenus de remplacement ne sont pas assujettis à la CSG pour les personnes non imposables et à un taux réduit pour celles non imposables à l’impôt sur le revenu mais imposables au titre de la taxe d’habitation.

Sur ce dernier point, on rappellera que l'assiette ne concerne pas l'ensemble des sommes mises mais une fraction de celles-ci : par exemple, 23 % pour les jeux exploités par la Française des jeux, les événements sportifs et les émissions et 14 % pour le pari mutuel ou encore 68 % pour les sommes mises dans les casinos ainsi qu'un pourcentage des gains.

Le paragraphe II du présent article procède également à une rédaction globale du II de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale (**2° du paragraphe**).

Il prévoit par dérogation au I l'application de taux plus faibles que ceux prévus par celui-ci dans les cas suivants :

– La perception d'allocations chômage ainsi que d'indemnités journalières ou allocations ¹ (hors rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles ou à leurs ayants droit) versées à l'occasion de la maladie, de la paternité, des accidents du travail et maladies professionnelles en vertu du 7° du II de l'article L. 136-2. Le taux actuel de 6,2 % n'est pas modifié.

– La perception d'une pension de retraite, d'invalidité ou d'une allocation de préretraite donne lieu à application d'un taux porté par le projet de loi de 6,2 % à 6,6 %.

Le paragraphe II modifie enfin (**3° du paragraphe**) la clef de répartition du produit des contributions visées au I de l'article L. 136-8 (sur les revenus d'activité et de remplacement, les revenus du patrimoine et les revenus de placement et les sommes engagées ou produits réalisés à l'occasion des jeux) prévue au IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale.

La répartition est désormais la suivante.

¹ Dont on rappellera qu'elles n'ouvrent pas droit à l'abattement forfaitaire représentatif de frais professionnels.

Clef de répartition de la CSG

| | Taux de CSG proposés par le projet | Actuelle | Proposée par le projet |
|--|--|----------------------------------|---|
| CSG sur les revenus d'activité | taux 7,5 % | 1,1 point à la CNAF | 1,08 point à la CNAF |
| | | 1,05 point au FSV | 1,03 point au FSV |
| | | 0,1 point au FFAPA | 0,1 point au FFAPA ¹ |
| | | 5,25 points à la branche maladie | 5,29 points à la branche maladie |
| CSG sur les revenus de remplacement 1) Personnes imposables | taux $\left\{ \begin{array}{l} 6,2 \%^2 \\ 6,6 \%^3 \end{array} \right.$ | 1,1 point à la CNAF | 1,1 point à la CNAF |
| | | 1,05 point au FSV | 1,05 point au FSV |
| | | 0,1 point au FFAPA | 0,1 point au FFAPA ¹ |
| | | 3,95 points à la branche maladie | 3,95 points à la branche maladie ² |
| 2) Personnes imposables au titre de la taxe d'habitation mais pas à celui de l'impôt sur le revenu | taux 3,8 % | 3,8 points à la branche maladie | 3,8 points à la branche maladie ³ |
| CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement | taux: 8,2 % ⁴ | 1,1 point à la CNAF | 1,1 point à la CNAF |
| | | 1,05 point au FSV | 1,05 point au FSV |
| | | 0,1 point au FFAPA | 0,1 point au FFAPA ¹ |
| | | 5,25 points à la branche maladie | 5,95 points à la branche maladie |
| CSG sur les jeux | taux 9,5 % | 1,1 point à la CNAF | 1,1 point à la CNAF |
| | | 1,05 point au FSV | 1,05 point au FSV |
| | | 0,1 point au FFAPA | 0,1 point au FFAPA ¹ |
| | | 5,25 points à la branche maladie | 7,25 points à la branche maladie |

Source : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

CNAF : Caisse nationale d'allocations familiales

FSV : Fonds de solidarité vieillesse

FFAPA : Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie

¹ La CNSA à compter du 1^{er} juillet 2004.

² Allocations chômage et IJ (quel que soit le statut fiscal de la personne dans le cas des IJ).

³ Pensions, préretraites.

⁴ 8,5 % compte tenu du relèvement de 0,3 point au profit de la CNSA à compter du 1^{er} juillet 2004.

Le **paragraphe III** propose d'augmenter les taux de contribution applicables aux sommes mises ou gagnées dans les casinos régis par le paragraphe III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale :

- la fraction des sommes concernées reste fixée à 68 % ;
- en revanche, le taux applicable aux sommes mises est porté de 7,5 % à 9,5 % ;
- par ailleurs, le taux applicable aux gains supérieurs à 1 500 euros réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels est porté de 10 % à 12 %.

L'évolution des taux de CSG applicables peut donc être retracée comme suit.

Evolution de l'assiette et du taux de la CSG

| Dénomination | | Assiette au 1 ^{er} janvier 2004 | Assiette proposée par le projet de loi | Taux au 1 ^{er} janvier 2004 | Taux proposé par le projet de loi |
|--|---|---|---|--|--|
| CSG sur les revenus d'activité | | 95 % du revenu brut | 93 % du revenu brut | 7,5 % | 9,5 % |
| CSG sur les revenus de remplacement | IJ et allocations chômage imposables à l'IR | 100 % de la pension brute, de la préretraite et des IJ 95 % de l'allocation chômage | 100 % de la pension brute, de la préretraite et des IJ 93 % de l'allocation chômage | 6,2 % ² | 6,2 % |
| | Pensions, rentes, préretraites imposables à l'IR | | | 6,2 % | 6,6% |
| | Non imposables à l'IR mais imposables à la TH ¹ | | | 3,8 % | 3,8 % |
| | Non imposables à la TH ¹ | | | 0 % | 0 % |
| CSG sur les placements | | | | 7,50 % | 9,5 % |
| CSG sur le patrimoine | | | | 7,50 % | 9,5 % |
| CSG sur les jeux | Jeux de la Française des jeux (Loto ...) | | | 7,5 % sur 23 % des sommes mises | 9,5 % sur 23 % des sommes mises |
| | Paris hippiques | | | 7,5 % sur 14 % des sommes engagées | 9,5 % sur 14 % des sommes engagées |
| | Casinos – machines à sous | | | 7,5 % sur 68 % du produit brut | 9,5 % sur 68 % du produit brut |
| | Casinos – gains supérieurs à 1 500 euros (jeux automatiques) | | | 10 % | 12 % |

Source : Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale.

IR : impôt sur le revenu
TH : taxe d'habitation
IJ : indemnités journalières

¹ De plus, dans le cas des allocations chômage et des préretraites d'invalidité, ce taux peut être écriété pour garantir une allocation au moins égale au SMIC brut.

² Ce taux est applicable quel que soit le statut fiscal de la personne dans le cas des indemnités journalières.

Le rendement supplémentaire, de 2,3 milliards d'euros, attendu de ces modifications d'assiette et de taux sera, compte tenu de la modification des clefs de répartition, intégralement affecté à la branche maladie et plus spécifiquement à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés grâce aux dispositions de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale qui reçoit le solde de la CSG affectée à la maladie après répartition sur la base de montants calculés en référence à ceux de l'année 1998 actualisés chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution.

Le **paragraphe IV** prévoit les modalités d'entrée en vigueur des dispositions des I et II du présent article, variables selon les catégories de revenus concernées :

– la modification du taux d'abattement forfaitaire sur les revenus d'activité et de remplacement s'applique aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2005 ;

– le relèvement du taux de la contribution sur les revenus du patrimoine s'applique aux revenus des années 2004 et suivantes ;

– le relèvement du taux de la contribution sur les revenus de placement s'applique selon qu'ils font ou non l'objet d'un prélèvement libératoire sur les revenus faisant l'objet d'un tel prélèvement à compter du 1^{er} janvier 2005 (au titre de l'article 125 A du code général des impôts) ou sur la part des produits acquise ou constatée à compter du 1^{er} janvier 2005 ;

– le relèvement du taux applicable aux tirages, événements sportifs et émissions ne s'applique qu'à ceux postérieurs au 31 décembre 2004 ;

– la contribution sur les sommes mises ou gagnées dans les casinos s'applique sur le produit brut des mises et les gains réalisés à compter du 1^{er} janvier 2005.

*

La commission a *rejeté* trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, de M. Maxime Gremetz et de M. Jean-Marie Le Guen de suppression de l'article.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Charles de Courson instituant une hausse de tous les taux de CSG de 0,25 % à l'exception des très bas revenus.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz remplaçant le relèvement de la CSG par l'instauration d'une cotisation sociale additionnelle sur les dividendes distribués par les sociétés.

La commission a *rejeté* quatre amendements identiques de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de MM. Jean-Marie Le Guen et Maxime Gremetz supprimant la réduction de l'abattement forfaitaire de l'assiette de CSG.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les dispositions fixant les taux de CSG applicables.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Richard Maillé ayant pour objet l'un de maintenir à 7,5 % le taux de CSG applicable aux bénéficiaires industriels et commerciaux, aux bénéficiaires non commerciaux et aux bénéficiaires agricoles assujettis en tant que revenus d'activité, l'autre de porter à 7,66 % le taux de CSG applicable aux revenus du patrimoine et de placements.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door supprimant le traitement dérogatoire apparemment prévu par le projet au bénéfice des casinos en ce qui concerne le relèvement des taux de la CSG sur les produits des jeux.

M. Gérard Bapt a estimé que cet amendement soulève une question pertinente.

Le rapporteur ayant confirmé que le projet relève effectivement les taux de CSG applicables aux jeux dans les casinos dans les mêmes conditions que pour les autres jeux de hasard, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Martine Billard ayant pour objectif de s'opposer à l'augmentation de la CSG sur les pensions de retraite.

La commission a *rejeté* trois amendements de M. Richard Mallié, le premier ayant pour objectif d'appliquer le nouveau taux de 6,6% aux indemnités journalières de maladie, le deuxième appliquant ce nouveau taux aux contribuables imposés à l'année N-1, le dernier l'appliquant aux contribuables imposés à l'année N-2 .

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Pierre Door portant de 23 à 25 % la fraction des enjeux recueillis par la Française des jeux qui constitue l'assiette de la CSG.

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz supprimant les paragraphes III et IV de l'article 41 prévoyant respectivement le relèvement des taux de CSG applicables aux jeux dans les casinos et les modalités d'entrée en application des mesures de l'article.

La commission a *adopté* l'article 41 sans modification.

Article 42

(articles L. 245-2 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale)

Relèvement de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux et de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques

Cet article a pour objet de relever la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux (paragraphe I) et la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutique (paragraphe II), le paragraphe III précisant la date d'application de ces mesures.

Il s'agit par ces mesures de taxer les dépenses de promotion qui, en matière de santé, influent sur la prescription, donc sur la consommation de soins dont le financement est socialisé par l'assurance maladie¹. Il est en conséquence logique de les associer davantage au financement de celle-ci.

Le **paragraphe I** relève à cet effet de 5 à 10 % le taux de la contribution sur les dépenses de promotion des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux prévu à l'article L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale.

On rappellera que cette contribution a été créée par le I de l'article 14 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 qui a introduit, dans le code de la sécurité sociale, les articles L. 245-5-1 à L. 245-5-6. Cette contribution est à la charge des entreprises² assurant la fabrication, l'importation ou la distribution, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments et de prestations associées ; elle est venue compléter le dispositif de contribution existant avant cette date sur les seules dépenses engagées par les laboratoires pharmaceutiques pour promouvoir les médicaments remboursables ou agréés.

La contribution est calculée sur une assiette³ intégrant les rémunérations de toutes natures⁴ des personnes, salariés ou indépendants, qui font de l'information par démarchage ou de la prospection auprès des professions de santé et des établissements de santé pour des produits et prestations remboursables, les remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement de ces personnes et les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable, à l'exception de la presse médicale.

¹ On notera par exemple que les dépenses de dispositifs médicaux ont crû de 12,3 % par an en moyenne sur la période 2000-2003.

² Sont toutefois exonérées de la contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 7,5 millions d'euros dès lors qu'elles ne sont pas affiliées à des entreprises ou à un groupe dépassant ce chiffre d'affaires (ou propriétaires de telles entreprises).

³ A laquelle est appliqué un abattement forfaitaire de 100 000 euros.

⁴ Y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales.

Le taux de la contribution due par chaque entreprise est fixé à 5 %. C'est ce taux qu'il est proposé par le présent paragraphe de porter à 10 %. Considérant la progression des dépenses de dispositifs médicaux et le fait que les dépenses de promotion représentent 20 à 25 % du chiffre d'affaires, le rendement de la mesure devrait se situer entre 20 et 30 millions d'euros.

Le **paragraphe II** relève quant à lui, par la modification de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, la contribution applicable aux dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Cette contribution instituée en 1983 a vu son assiette profondément modifiée par le I de l'article 15 de la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Sont depuis cette date pris en compte pour le calcul de la taxe : les rémunérations de toutes natures – y compris l'épargne salariale et les charges sociales et fiscales – des visiteurs médicaux, salariés ou indépendants, qui font de l'information par démarchage ou de la prospection pour des médicaments remboursables auprès des professionnels et des établissements de santé ; les remboursements de frais de transport, de repas et d'hébergement des visiteurs médicaux ; les achats d'espaces publicitaires mentionnant un médicament remboursable.

Les abattements sur l'assiette sont les suivants :

– un abattement général comportant une part forfaitaire de 1,5 million d'euros et une part proportionnelle (3 % des dépenses salariales exposées pour la promotion des médicaments) ;

– un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments génériques ;

– un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments orphelins.

A cette assiette est appliqué un taux calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction croissante du rapport entre l'assiette et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France.

Les tranches ne sont pas modifiées par le présent paragraphe qui propose en revanche un relèvement des taux applicables (qui frappe en particulier les entreprises dont les dépenses de promotion sont les plus importantes en pourcentage du chiffre d'affaires).

Tableau comparatif des taux de la contribution

| Rapport entre l'assiette et le chiffre d'affaires (R) | Taux de la contribution par tranche | |
|---|-------------------------------------|--------|
| | Situation actuelle | Projet |
| R < 6,5 % | 16 % | 20 % |
| 6,5 % < R < 12 % | 21 % | 29 % |
| 12 % < R < 14 % | 27 % | 36 % |
| R > 14 % | 32 % | 39 % |

Le rendement attendu de la mesure n'est pas connu à ce jour.

Le **paragraphe III** précise que les relèvements de ces taxes s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2005.

*

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, les uns supprimant l'article, les autres avançant au 1^{er} janvier 2005 son application.

La commission a *adopté* l'article 42 sans modification.

Article 43

(articles L. 138-20 et L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)

Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques et maîtrise des dépenses de médicament

Cet article vise à faire participer les entreprises pharmaceutiques à l'effort de redressement des comptes de l'assurance maladie et de lutte contre la surconsommation de médicaments en prévoyant, d'une part la pérennisation de la contribution exceptionnelle sur leur chiffre d'affaires créée par la loi de financement pour 2004 (paragraphe I), son contrôle et son recouvrement dans les conditions de droit commun (paragraphe II) et sa date d'application (paragraphe III) et, d'autre part, un accroissement de la contribution due par les entreprises non conventionnées avec le Comité économique du médicament (paragraphe IV).

Le **paragraphe I** crée, après la section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I du code de la sécurité sociale abrogée¹, une section 2 *bis* intitulée

¹ On peut dès lors se demander s'il ne serait pas plus simple de la rétablir plutôt que d'en créer une nouvelle.

« Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charges par l'assurance maladie » composée d'un article L. 245-6-1 – rétabli – unique.

Article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale

Cet article pérennise la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques instituée par le VII de l'article 12 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004.

Cette contribution exceptionnelle instituée à l'initiative de M. Pierre Morange, rapporteur pour l'équilibre général et les recettes au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi, avait notamment pour but de compenser les effets de la suppression de la disposition initiale du projet de loi réformant l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des entreprises pharmaceutiques et de permettre ainsi le bouclage financier du texte.

Cette contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des entreprises pharmaceutiques réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004 au titre des médicaments inscrits sur la liste des médicaments remboursables ou sur la liste des produits agréés¹. Ce chiffre d'affaires – ne prenant pas en compte les remises accordées – est ensuite taxé au taux de 0,525 %. Le produit attendu de la mesure était de l'ordre de 100 millions d'euros.

La dégradation des comptes de l'assurance maladie a conduit le gouvernement à proposer par le présent article de pérenniser cette contribution et en a augmenté le rendement puisque toutes les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités remboursables y sont assujetties alors que la contribution exceptionnelle ne s'applique qu'aux entreprises redevables en 2003 de la taxe annuelle sur les médicaments prévue à l'article L. 5121-17 du code la santé publique.

Le chiffre d'affaires s'entend désormais déduction faite des remises et les conditions de versement sont précisées (95 % d'acompte au 15 avril de l'année N, régularisation du solde au 15 avril de l'année N + 1). Sont également supprimées les dispositions liées au caractère exceptionnel du dispositif inclus dans la loi de financement pour 2004 (pénalités, modalités de recours, année de référence pour le calcul de l'assiette). Les autres dispositions régissant cette contribution restent inchangées dans le dispositif codifié par le présent article.

Le **paragraphe II**, en incluant cette contribution dans le champ de l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale, permet son contrôle et son

¹ A l'exception toutefois des génériques afin de favoriser l'emploi de ceux-ci (ceux remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité entrant cependant dans le calcul de l'assiette).

recouvrement par l'ACOSS, éventuellement assistée des URSSAF. Dès lors, on peut s'interroger sur l'éventuelle redondance des deuxième et troisième phrases du troisième alinéa de l'article L. 245-6-1 avec le présent paragraphe.

Le **paragraphe III** prévoit que les dispositions des paragraphes I et II commenceront à s'appliquer lors de la détermination de la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé en 2005 et que le premier acompte sera exigible le 15 avril 2005. Il convient d'observer que cet acompte sera calculé en fonction du chiffre d'affaires 2004 selon les nouvelles règles régissant l'assiette (déduction des remises).

Le **paragraphe IV** fixe à 3 % le taux de progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au-delà duquel est prélevée la contribution sur le chiffre d'affaires visée à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.

Le II de l'article 31 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution en cas de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), due par les laboratoires pharmaceutiques n'ayant pas passé de convention avec le comité économique des produits de santé. Ils y sont assujettis selon un barème progressif lorsque le taux de progression du chiffre d'affaires hors taxes réalisé sur les médicaments remboursables excède celui fixé par la loi de financement pour l'ONDAM (appelé taux K pour le calcul de la contribution) :

- si le dépassement est de moins de 0,5 point, la contribution due est égale à 50 % du dépassement ;
- s'il est compris entre 0,5 et 1 point, elle est de 60 % du dépassement ;
- s'il est supérieur à 1 point, elle est de 70 %.

Les entreprises ayant passé une convention avec le Comité économique des produits de santé sont exonérées du paiement de cette contribution, à la double condition que cette convention :

- fixe le prix de tous les produits de la gamme de l'entreprise ;
- comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne, soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

La contribution est d'un rendement assez faible mais la détermination du taux K est importante car elle crée un cadre pour la négociation des remises conventionnelles entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique et influe donc fortement sur l'évolution des dépenses de médicament. Le taux K a été fixé par les lois de financement de la sécurité sociale successives à 2,6 % au titre de 1999, 2 % au titre de 2000, 3 % au titre de 2001 et 3 % au titre de 2002.

Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et 2004 ont substitué au taux K un taux inférieur à la progression prévue de l'ONDAM : 4 % au titre de 2003 et 3 % au titre de 2004. Cette déconnection de la contribution du taux élevé de progression de l'ONDAM par la fixation d'un taux plus bas permet de contraindre l'évolution des dépenses de médicaments. Le présent paragraphe conforte cette évolution en substituant au taux K un taux de 1 % pour la contribution au titre des années 2005 à 2007, tirant les conséquences des engagements de modération des dépenses pris par les entreprises pharmaceutiques grâce à la diffusion des génériques.

*

La commission a *rejeté* deux séries de deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz, les uns de suppression de l'article, les autres portant à 15 % le taux de la contribution instituée par cet article.

La commission a *adopté* un amendement de précision du rapporteur supprimant des dispositions redondantes relatives au recouvrement de cette contribution.

La commission a examiné deux amendements identiques de MM. Pierre Morange et Jean-Luc Prével supprimant la disposition qui prévoit que la contribution n'est pas déductible pour l'impôt sur les sociétés.

M. Pierre Morange a estimé que le droit commun, c'est-à-dire la déductibilité, doit s'appliquer à cette contribution dès lors qu'elle devient pérenne.

A l'invitation du **rapporteur**, ces amendements ont été *retirés* par leurs auteurs.

La commission a *adopté* l'article 43 ainsi modifié.

Après l'article 43

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Marie Le Guen, le premier prévoyant l'affectation intégrale de la contribution sociale sur les bénéficiaires à l'assurance maladie, le second doublant le taux de cette contribution.

Article 44

(article L. 245-13 du code de la sécurité sociale)

Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés

Cet article instaure une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S) au taux de 0,03 %.

Le **paragraphe I** insère à cet effet après la section 3 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale une section 4 comportant un article

unique L. 245-13 créant la contribution additionnelle précitée dont le produit est intégralement affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Cette contribution additionnelle est régie en matière d'assiette, de recouvrement, d'exigibilité et de contrôle par les mêmes règles que la contribution sociale de solidarité sur les sociétés visée par les articles L. 651-1 à L. 651-9 du code de la sécurité sociale. On en rappellera de façon simplifiée les traits essentiels :

– assujettissement des entreprises constituées sous la forme de sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 760 000 euros – ce qui en exclut la plupart des très petites entreprises (l'article L. 651-1 détaille les entreprises assujetties tandis que l'article L. 651-2 énumère les cas d'exonérations) ;

– prélèvement assis sur le chiffre d'affaires hors taxes – au taux de 0,13 % – en vertu de l'article L. 651-3 (éventuellement plafonné dans les conditions prévues à l'article L. 651-5) ;

– recouvrement assuré par le régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales (ORGANIC).

Sur ce dernier point, il convient d'observer que le présent paragraphe confie – pour des raisons de simplicité des opérations de recouvrement – la charge du recouvrement de la contribution additionnelle à ce même organisme alors que le produit en est affecté à la CNAM. Il en résultera un transfert qui ne fera que s'ajouter à ceux déjà opérés par l'ORGANIC au profit de la CANAM et de la CANCAVA au *pro rata* de leurs déficits, et au profit du BAPSA en vertu de la loi de finances, l'excédent étant affecté au FSV et à l'Etat.

Le rendement de la contribution additionnelle de 0,03 % est estimé à 780 millions d'euros.

Le **paragraphe II**, par coordination, ajoute à l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale le produit de la contribution additionnelle créée par le paragraphe I aux ressources existantes des assurances maladie, maternité, invalidité et décès.

Le **paragraphe III** prévoit la date d'application de la contribution additionnelle. Celle-ci s'applique au chiffre d'affaires déclaré au titre de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2005, pour laquelle un premier versement de la moitié du montant dû est exigible au 15 avril 2005.

Le **paragraphe IV** prévoit une clause de rendez-vous en vue de l'éventuelle révision de la contribution additionnelle instituée par le présent article et des dispositions de l'article 40 du projet de loi avant le 31 décembre 2007. A cet

effet, il est prévu la remise d'un rapport au Parlement avant cette date portant sur le financement de l'assurance maladie.

La rédaction proposée appelle deux observations :

– la première porte sur les dispositions concernées par la révision : la référence à l'article 40 faite par la rédaction actuelle du texte est de toute évidence erronée ; l'article que le projet entendait viser en réalité est l'article 41 relatif à la contribution sociale généralisée ;

– la seconde porte sur l'absence de précision quant à l'auteur du rapport en question : il s'agira selon toute vraisemblance de l'Etat.

*

La commission a examiné trois amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et de M. Jean-Marie Le Guen de suppression de l'article.

Mme Jacqueline Fraysse a observé que la majoration de la contribution sociale de solidarité des sociétés est si ridicule que mieux vaut en proposer la suppression.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Maxime Gremetz portant de 0,03 % à 15 % le taux de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés.

La commission a *adopté* deux amendements de précision du rapporteur.

Puis la commission a *adopté* l'article 44 ainsi modifié.

Article 45

(Articles 1^{er}, 2, 4, 7 et 14 à 18 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale)

Dette sociale

Cet article a pour objet d'alléger la charge financière liée aux intérêts de la dette sociale, née de l'accumulation des déficits et pesant sur la gestion de l'assurance maladie, en transférant à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) la charge du financement de cette dette.

Il convient en préambule de rappeler l'origine de la CADES.

Créé par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, cet établissement public national à caractère administratif est chargé d'assurer l'apurement de la dette sociale. Son terme

initialement fixé au 31 janvier 2009 a été prolongé au 31 janvier 2014 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, pour faire face au nouveau transfert de dette auquel il a alors été procédé.

Pour apurer la dette sociale qui lui a été transférée, la CADES dispose des ressources suivantes :

– le produit de la vente du patrimoine privé à usage locatif de la CNAV et de la CNAM même si cette ressource revêt désormais un caractère historique, la vente de l'ensemble du patrimoine ayant été achevée en 2003 ;

– le produit de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) – dont la durée de perception a également été prolongée jusqu'en 2014 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 – qui lui est intégralement affecté.

Le résultat d'exploitation annuel de la CADES est affecté exclusivement à la réduction de la dette sociale et l'excédent annuel lié au dynamisme de la CRDS lui permet d'amortir rapidement les dettes transférées. La CADES s'est trouvée dans la situation de pouvoir rembourser la dette une à deux années avant le terme prévu et de disposer d'excédents à hauteur de plusieurs milliards d'euros.

De ce fait, les différents gouvernements ont utilisé cette situation financière pour mettre en œuvre diverses mesures depuis la reprise de dette initiale :

– Au terme du plan initial, la caisse disposait d'une durée de treize ans et un mois pour : apurer 20,9 milliards d'euros de dette du régime général (due au titre du financement des déficits des exercices 1994 et 1995 et du déficit prévisionnel de 1996) ; verser une soulte annuelle à l'État, pendant douze ans, au titre du remboursement de la dette de 16,8 milliards d'euros de l'ACOSS, reprise par l'État, puis confiée pour amortissement au fonds de solidarité vieillesse ; verser 450 millions d'euros à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles pour couvrir ses déficits 1995 et 1996.

– Reprise en 1998 de 13,3 milliards d'euros de dettes supplémentaires correspondant aux déficits des exercices 1996 et 1997 et au déficit prévisionnel au titre de l'exercice 1998 (en contrepartie de laquelle la durée de vie de la CADES et de perception de la CRDS est prolongée de cinq ans).

– Tentative par le projet de loi de financement la sécurité sociale pour 2001 d'instaurer une ristourne de CSG et de CRDS dégressive jusqu'à 1,4 SMIC. Cette mesure aurait eu un coût de l'ordre de 300 millions d'euros en année pleine mais elle a été censurée par le Conseil constitutionnel sur le fondement du principe de l'égalité devant les charges publiques.

– Exonération de CRDS sur les indemnités des chômeurs non imposables (article 89 de la loi de finances pour 2001) dont l'impact est estimé à plus de 450 millions d'euros par an à compter de 2003¹.

– Accélération des remboursements de la CADES à l'Etat au titre de la dette sociale précédemment prise en charge par le budget de celui-ci (l'article 38 de la loi de finances pour 2002 a remplacé les sept derniers versements de 1,85 milliard d'euros de la caisse à l'Etat par quatre versements de 3 milliards d'euros, la fin du versement à l'Etat étant ainsi ramenée de 2008 à 2005).

– Au titre de l'apurement partiel de la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisations entrant dans le champ du FOREC, remboursement en 2003 de la moitié de la créance du régime général sur l'Etat au titre du FOREC – soit 1 097 millions d'euros versés à l'ACOSS au profit de la CNAM, de la CNAF et de la CNAV – et de l'intégralité de la créance des autres régimes (171,5 millions d'euros à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, 10,5 millions d'euros à la Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires, 2,1 millions d'euros à la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines et 1,8 million d'euros à l'Etablissement national des invalides de la marine) ;

– Au titre de la fin de l'apurement par la caisse de la créance enregistrée en 2000 par les organismes de sécurité sociale au titre des exonérations de cotisation entrant dans le champ du FOREC, versement au 1^{er} avril 2004 d'une somme de 1 097 millions d'euros à l'ACOSS au profit de la CNAM, de la CNAF et de la CNAV.

La situation financière de la CADES, en dépit de ces opérations, est saine : elle pourra sans difficultés faire face au remboursement de la dette qui lui a été confiée depuis sa création. En avril 2004, le montant total des dettes reprises depuis l'institution de la caisse s'établit à près de 54 milliards d'euros. Sur cette somme, à la fin de cette année, il restera à la CADES 34,3 milliards d'euros à financer. Les principaux atouts de la CADES résident dans :

– les qualités de la CRDS que constituent son rendement élevé (4,6 milliards d'euros en 2003) et sa progression dynamique (alors que l'on prévoyait à l'origine une croissance annuelle de 3,5 % de son produit, celui-ci a par exemple augmenté de 5 % en 2002) ;

– une construction par nature excédentaire illustrée par le fait que la CADES s'acquitte de l'apurement des dettes qui lui sont transférées avant l'échéance prévue ;

– une gestion active de la dette et une crédibilité forte.

¹ Cette mesure qui ne constitue pas une reprise de dette sociale illustre le poids des exonérations de contributions et l'opportunité de la compensation intégrale instaurée par l'article 40 du projet de loi.

Ce succès de la CADES rend logique l'idée de lui confier le soin de régler le symptôme de l'échec de la sécurité sociale par l'éventuelle reprise des déficits accumulés depuis le dernier transfert à la CADES qui, d'ici la fin de 2004, devraient représenter 34,3 milliards d'euros.

Tel est l'objet du présent article.

Le 1^o de l'article modifie la durée de vie de la CADES prévue à l'article 1^{er} de l'ordonnance de 1996, substituant au terme de 2014 celui de « *l'extinction de ses missions* », c'est-à-dire l'apurement par la CADES des dettes qui lui incombent en vertu de l'article 4 de l'ordonnance. Du fait de la nouvelle reprise de dette prévue au 3^o du présent article, sa durée sera à l'évidence prolongée au-delà de cette date.

L'absence de terme précis mérite réflexion : il évite les prolongations répétées qui ne servent pas la crédibilité de la CADES et la tentation – avérée à six reprises depuis 1996 – d'utiliser prématurément les réserves découlant d'un remboursement anticipé de la dette ; *a contrario*, il constitue peut-être en matière de gestion un signal ambigu, susceptible d'être interprété comme la possibilité de laisser se former des déficits puisque la solution technique à leur prise en charge existe. Or, l'utilisation de la CADES ne doit pas occulter le fait que la reprise de dette reporte la charge des déficits présents sur les générations futures.

Le 2^o de l'article modifie l'article 2 de l'ordonnance afin, par coordination, d'inclure dans les missions de la CADES l'apurement de la nouvelle dette qui lui est confié par le 3^o de l'article.

Le 3^o modifie l'article 4 de l'ordonnance en le complétant par un paragraphe II *bis* prévoyant la couverture par la CADES des déficits cumulés par la branche maladie depuis 1998, du déficit prévisionnel pour 2004 et des déficits prévisionnels des exercices 2005 et 2006.

La branche maladie connaît aujourd'hui un déficit record. D'après les chiffres de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004, il devrait atteindre cette année 12,9 milliards d'euros soit un déficit équivalent au double de celui constaté en 1995 (6,05 milliards d'euros) qui avait conduit au plan de redressement dit Juppé¹ et supérieur pour la seule branche maladie au déficit de l'ensemble du régime général constaté en 1995.

Le dérapage est manifeste depuis cinq ans : inférieur à un milliard d'euros en 1999, contenu autour de 2 milliards d'euros en 2000 et 2001, le déficit a augmenté de près de 4 milliards d'euros chaque année depuis 2002.

¹ Dans le cadre duquel avait été décidée la création de la CADES.

**Solde d'opérations courantes du régime général
(hors opérations en capital)**

(en milliards d'euros et en droits constatés)

| | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 |
|-----------------------------|------------|------------|------------|-------------|--------------|------------|
| Maladie | - 0,7 | - 1,6 | - 2,1 | - 6,1 | - 11,1 | - 12,9 |
| Accidents du travail | 0,2 | 0,4 | 0 | 0 | - 0,5 | - 0,5 |
| Vieillesse | 0,8 | 0,5 | 1,5 | 1,7 | 0,9 | - 0,4 |
| Famille | 0,2 | 1,4 | 1,7 | 1 | 0,4 | - 0,2 |
| Total régime général | 0,5 | 0,7 | 1,2 | -3,5 | -10,2 | -14 |

(Source : Commission des comptes de la sécurité sociale Juin 2004)

Cette dégradation de la situation de l'ensemble des branches du régime général, essentiellement sous l'effet de celle de la branche maladie, fait que la situation de trésorerie de l'ACOSS est désormais structurellement débitrice. La dernière reprise de dette par la CADES, calculée en fonction du solde du compte de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations au 31 décembre 1997, l'avait replacée en situation positive de 2,5 milliards d'euros au 1^{er} janvier 1998. A la fin de l'année 2003, le solde du compte de l'ACOSS était débiteur de 14 milliards d'euros et le résultat comptable du régime général devrait être déficitaire en 2004 d'environ 14 milliards d'euros. Le solde du compte de l'ACOSS se dégradera donc à nouveau fortement en 2004.

Cette situation entraîne des conséquences financières sur la gestion courante : alors que le solde du compte de l'ACOSS est resté relativement proche de l'équilibre jusqu'en 2002 et a généré au titre de cette même année des produits financiers de 68 millions d'euros, l'inversion de la situation en 2003 a entraîné le paiement d'intérêts à la Caisse des dépôts et consignations pour environ 120 millions d'euros. Le creusement du déficit en 2004 pourrait conduire à une charge d'intérêts de l'ordre de 500 millions d'euros pour cette année qui contribue elle-même à nourrir le déficit.

Dès lors, le présent paragraphe propose, afin d'éviter cet effet « boule de neige » et d'assurer une gestion optimale de la dette, de confier la reprise de celle contractée par la branche maladie à la CADES dans les conditions suivantes :

Modalités de la reprise de dette par la CADES (selon le projet de loi)

| Origine de la dette transférée | Montant | Date de reprise |
|---|----------------------|---|
| 1) Déficits cumulés au 31 décembre 2003 2) Déficit prévisionnel 2004 | 35 milliards d'euros | 10 milliards le 1 ^{er} septembre 2004 25 milliards au plus tard le 31 décembre 2004 |
| Déficits prévisionnels pour 2005 et 2006 | 15 milliards d'euros | Dates de versement fixées par décret |

On notera que le montant de 25 milliards au plus tard le 31 décembre et celui de 15 milliards pour la couverture des déficits prévisionnels pour 2005 et 2006 constituent des plafonds : les montants exacts – ainsi que les dates de versement – seront fixés par décret après avis du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Le 4^o de l'article modifie l'article 7 de l'ordonnance afin d'inclure dans celui-ci la référence au II *bis* de l'article 4 créé par le 3^o du présent article. Il conviendrait en outre de supprimer certaines des dispositions du deuxième alinéa de l'article 7 de l'ordonnance de 1996 liées à l'existence d'une date d'extinction de la CADES compte tenu de l'absence désormais de terme précis pour celle-ci. Il semble en revanche utile de conserver les dispositions invitant le Gouvernement à proposer des mesures au cas où la CADES ne pourrait pas faire face à ses obligations.

Les 5^o à 11^o de l'article prévoient les dispositions de coordination rendues nécessaires par la suppression du terme précis du 31 janvier 2014 pour l'extinction de la CRDS.

*

La commission a *rejeté* quatre amendements de suppression de l'article de Mmes Martine Billard et Jacqueline Fraysse et de MM. Jean-Marie Le Guen et Maxime Gremetz.

La commission a examiné un amendement du rapporteur, cosigné par le président Yves Bur, limitant la prolongation de la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) à 2020 et portant en contrepartie son taux à 0,65 %.

M. Gérard Bapt a demandé comment cette proposition peut être conciliée avec la présentation du gouvernement selon laquelle il n'y a pas de relèvement général de la CSG et de la CRDS.

Le rapporteur a fait remarquer que l'amendement ne provient pas du gouvernement mais constitue une contribution forte au débat de la part du président et du rapporteur de la commission spéciale.

Le président Yves Bur a ajouté que l'échéance de 2020 correspond au moment où le poids de retraites va fortement augmenter ; il est donc légitime de ne pas faire porter le remboursement de la dette sociale au-delà.

M. Jean-Marie Le Guen a estimé que ses arrières petits-enfants peuvent remercier le président et le rapporteur mais souhaité que l'on pense aussi au sort de ses petits-enfants.

M. Pierre Morange a demandé comment les déficits de l'assurance maladie en 2005 et 2006, qui ne sont pas encore budgétés par une loi de financement de la sécurité sociale, peuvent être pris en considération par l'amendement. **Le rapporteur** a indiqué que l'amendement prévoit la couverture de ces déficits dans la limite de 15 milliards d'euros.

M. Edouard Landrain a demandé si une anticipation de l'échéance de la CRDS est prévue dans l'hypothèse où une amélioration des comptes de la sécurité sociale serait plus rapide que prévue. **Le président Yves Bur** a considéré que d'éventuels excédents de recettes pourraient utilement être capitalisés pour atténuer des chocs futurs.

M. Jean-Marie Le Guen ayant déclaré s'abstenir, la commission a *adopté* l'amendement.

M. Pierre Morange a *retiré* deux amendements, devenus sans objet en raison de l'adoption de l'amendement du rapporteur, le premier prévoyant de fixer à 2024 l'échéance de la CRDS et le second supprimant la fixation par décret des montants et des dates des versements afférents à la couverture des déficits de la branche maladie en 2005 et 2006.

La commission a *adopté* l'article 45 ainsi modifié.

Après l'article 45

M. Jean-Luc Prével a *retiré* un amendement faisant de la CRDS une cotisation permanente afin de prendre en charge le glissement structurel de l'assurance maladie lié au vieillissement de la population et au progrès technologique.

Puis la commission a **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié.

*

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission spéciale chargée d'examiner le projet de loi relatif à l'assurance maladie demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi relatif à l'assurance maladie – n° 1675.

TABLEAU COMPARATIF

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|-----------------------------|---|--|
| Code de la sécurité sociale | <p data-bbox="675 602 922 663">Projet de loi relatif à l'assurance maladie</p> <p data-bbox="743 730 850 757">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="576 792 1018 916">La section 1 du chapitre I du titre I du livre I du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 111-2-1 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="576 922 1018 1234">« Art. L. 111-2-1. - La Nation affirme son attachement à une assurance maladie obligatoire et universelle, garantissant une protection indépendante des situations d'âge et de santé. Elle affirme le caractère solidaire de son financement. Les assurés sociaux contribuent à ce financement selon leurs ressources, sans considération de leur âge ou de leur état de santé.</p> <p data-bbox="576 1240 1018 1664">« Les régimes d'assurance maladie favorisent un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins, notamment par une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Ils font bénéficier tous les assurés sociaux des progrès de la médecine, en contribuant notamment à assurer la coordination et la qualité des soins dispensés. Ils concourent à la réalisation des objectifs <u>de la politique</u> de santé publique et <u>veillent</u> à un usage efficient des ressources qui lui sont consacrées par la Nation. »</p> <p data-bbox="743 1718 850 1744">TITRE I^{er}</p> <p data-bbox="592 1814 1002 1962">DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET A LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE</p> | <p data-bbox="1126 602 1377 663">Projet de loi relatif à l'assurance maladie</p> <p data-bbox="1198 730 1305 757">Article 1^{er}</p> <p data-bbox="1110 792 1377 819">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="1034 922 1476 983">« Art. L. 111-2-1. - Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="1034 1240 1476 1491">« L'Etat garantit un accès effectif aux soins sur l'ensemble du territoire. Il associe l'ensemble des acteurs du système de santé aux mesures appropriées nécessaires pour assurer une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national. Il fait bénéficier ...</p> <p data-bbox="1034 1529 1476 1621">... dispensés. Il veille à la mise en œuvre des objectifs de santé publique et à un usage ...</p> <p data-bbox="1110 1628 1270 1655">... la Nation. »</p> <p data-bbox="1110 1662 1334 1688">Amendement n° 26</p> <p data-bbox="1198 1718 1305 1744">TITRE I^{er}</p> <p data-bbox="1046 1814 1457 1962">DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET A LA MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p>LIVRE PREMIER Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales Chapitre I^{er} Dispositions relatives aux prestations Section 4 Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Section 1</p> <p style="text-align: center;">La coordination des soins</p> <p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>I. - Le chapitre I du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 5 ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Section 5 « Dossier médical personnel <i>« Art. L. 161-45. - Afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, d'un dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données mentionnées à cet article, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins.</i></p> <p style="padding-left: 2em;">« Ce dossier est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>« Art. L. 161-46. - Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, reporte dans le dossier médical personnel, à l'issue de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques concernant la personne prise en charge. En outre, les</i></p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Section 1</p> <p style="text-align: center;">La coordination des soins</p> <p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">Division et intitulé sans modification <i>« Art. L. 161-45. - Afin ...</i></p> <p style="padding-left: 2em;"><i>... soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque ...</i></p> <p style="padding-left: 2em;"><i>... mentionnées à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, notamment ...</i></p> <p style="padding-left: 2em;"><i>... soins.</i></p> <p style="padding-left: 2em;">Amendements n^{os} 27 et 28 <i>« Ce dossier médical personnel est ...</i></p> <p style="padding-left: 2em;"><i>... publique.</i></p> <p style="padding-left: 2em;">Amendement n^o 29 <i>« Art. L. 161-46. - Dans</i></p> <p style="padding-left: 2em;"><i>... applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, et selon ...</i></p> <p style="padding-left: 2em;"><i>... de santé quel que soit son mode d'exercice, reporte ...</i></p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

établissements de santé reportent à l'issue du séjour d'un patient sur le dossier médical personnel les éléments résumés relatifs à ce séjour.

« Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie prévu à l'article L. 322-2 est subordonné à l'autorisation que donne le patient, à chaque consultation ou hospitalisation, aux professionnels de santé auxquels il a recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter.

« Art. L.161-47. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe les conditions d'application de la présente section et notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical personnel. »

II. - Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 161-46 du même code s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2007.

....
les *principaux* éléments relatifs à ce séjour.

Amendements n^{os} 30, 31 et 32
Alinéa sans modification

« Art. L. 161-46-I.- L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus à l'article L. 161-46.

« L'accès au dossier médical personnel est notamment interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat dont la conclusion exige l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. Il ne peut pas non plus être exigé comme préalable à la conclusion d'un contrat.

« Le médecin du travail, lorsqu'il examine une personne pour la première fois à l'occasion de son accès à un emploi, n'a pas accès au dossier médical personnel.

« Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Amendement n^o 33

« Art. L.161-47. - Un ...

... libertés et du conseil national de l'ordre des médecins, fixe ...

... personnel. »

Amendement n^o 34

II. – Non modifié

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 161-31.- I. - Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Cette carte constitue un élément et un instrument de la politique de santé. Elle doit permettre d'exprimer de manière précise l'accord du titulaire ou de son représentant légal pour faire apparaître les éléments nécessaires non seulement à la coordination des soins mais aussi à un suivi sanitaire. Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'Etat.</i></p> | <p>III. - Les deuxième et troisième phrases du I de l'article L. 161-31 et les articles L. 162-1-1 à L. 162-1-6 du même code sont abrogés.</p> | <p>III. – Non modifié</p> |
| <p>.....</p> <p><i>Art. L. 162-1-1. - Afin de favoriser la continuité des soins, tout bénéficiaire de l'assurance maladie âgé de plus de seize ans reçoit un carnet de santé qui lui est attribué gratuitement par les organismes d'assurance maladie. Ce carnet est détenu par le patient.</i></p> | | |
| <p><i>Art. L. 162-1-2. - Le carnet de santé ne peut être communiqué qu'aux médecins appelés à donner des soins au patient. Il peut également, avec l'accord du patient, pour ce qui les concerne, être présenté aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, ainsi qu'aux autres professions énumérées à l'article L. 162-1-6 dans les conditions prévues par cet article. Le service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie dont relève son titulaire peut, dans l'exercice de ses missions, en obtenir communication, afin de veiller à sa bonne tenue.</i></p> | | |
| <p>Les personnes appelées à prendre connaissance des renseignements qui sont inscrits dans le carnet sont astreintes au secret professionnel.</p> | | |
| <p>Quiconque aura obtenu ou tenté d'obtenir la communication du carnet de santé d'un patient en violation des dispositions du premier alinéa sera puni d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15000 euros.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 162-1-3.- Le patient est tenu, sauf cas de force majeure ou</i></p> | | |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

d'urgence, de présenter son carnet de santé à chaque médecin appelé à lui donner des soins.

Art. L. 162-1-4.- Les médecins appelés à donner des soins au patient doivent porter sur le carnet de santé, dans le respect des règles de déontologie qui leur sont applicables et, sauf opposition du patient, les constatations pertinentes pour le suivi médical du patient.

Il peut également être renseigné, dans leur domaine de compétence et en tant que de besoin, par les autres professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-6 dans les conditions prévues par décret en Conseil d'Etat.

Art. L. 162-1-5.- Jusqu'à l'âge de seize ans, le carnet de santé prévu à l'article L. 163 du code de la santé publique est utilisé à la place du carnet mentionné à l'article L. 162-1-1.

Art. L. 162-1-6.- I. - Chaque professionnel de santé habilité conformément au 2° du IV du présent article porte sur le volet de santé de la carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31, dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins.

Ces mentions sont subordonnées, s'agissant des majeurs non placés sous un régime de tutelle, à l'accord du titulaire de la carte et, s'agissant des mineurs, à l'accord du (ou des) parent(s) exerçant l'autorité parentale, ou, le cas échéant, du tuteur.

Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné à l'alinéa précédent peuvent conditionner l'accès à une partie des informations contenues dans le volet de santé à l'utilisation d'un code secret qu'elles auront elles-mêmes établi.

II. - Le titulaire de la carte, ou son représentant légal, s'il s'agit d'un majeur sous tutelle, peut avoir accès, y compris à des fins d'exercice d'un droit de rectification, au contenu du volet de santé de la carte, par l'intermédiaire d'un

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

professionnel de santé habilité de son choix et pour les informations auxquelles ce professionnel a lui-même accès. S'agissant d'un mineur, ce droit appartient aux parents exerçant l'autorité parentale ou, le cas échéant, au tuteur de l'intéressé.

Les personnes habilitées à donner l'accord mentionné au deuxième alinéa du I du présent article sont informées par le professionnel de santé des modifications du contenu du volet de santé auxquelles ce professionnel a l'intention de procéder. Ces personnes peuvent s'opposer à ce que des informations soient mentionnées sur le volet de santé de la carte. Elles peuvent obtenir d'un médecin habilité la suppression d'informations qui y auraient été inscrites.

III. - Les professionnels de santé qui effectuent des remplacements disposent des mêmes droits de consultation, d'inscription et d'effacement que le professionnel qu'ils remplacent.

Les internes et résidents en médecine, odontologie ou pharmacie sont habilités à consulter, écrire et effacer des informations sous la responsabilité et dans les mêmes conditions que les médecins, chirurgiens-dentistes et pharmaciens sous la responsabilité desquels ils sont placés.

IV. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis public et motivé du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe :

1° La nature des informations portées sur le volet de santé et les modalités d'identification des professionnels ayant inscrit des informations sur le volet de santé ;

2° Les conditions dans lesquelles, selon les types d'information, les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale sont habilités à consulter, inscrire ou effacer

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---|
| <p>ces informations, et les modalités selon lesquelles ces opérations sont exécutées à l'occasion de la dispensation des soins ou de la délivrance des prestations ;</p> <p>3° Les conditions dans lesquelles l'accès aux informations figurant sur le volet de santé nécessite l'usage de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33, ainsi que l'accord explicite du titulaire de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 ;</p> <p>4° Les catégories d'informations dont l'accès peut être conditionné à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire ;</p> <p>5° Les catégories d'informations dont il ne peut être délivré copie.</p> <p>V. - La date à partir de laquelle le volet de santé doit figurer sur la carte d'assurance maladie est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.</p> | | |
| <p>VI. - Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication d'informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.</p> <p>Le fait de modifier ou de tenter de modifier les informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15000 euros d'amende.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 322-3.-</i></p> <p>3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical ;</p> <p>.....</p> | <p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>I. - Au 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « du haut comité médical » sont remplacés par les mots : « de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ».</p> <p>II. - L'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du même code est remplacé par l'intitulé suivant :</p> | <p style="text-align: center;">Article 3</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> |
| <p>Chapitre IV</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p align="center">—</p> <p>Affections de longue durée</p> | <p>« Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée ».</p> | <p>III. – Alinéa sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 324-1.-</i></p> <p>Lorsque les soins sont dispensés à des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant et le médecin-conseil établissent conjointement un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole révisable définit les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3.</p> <p>.....</p> | <p>III. - Le septième alinéa de l'article L. 324-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Le médecin traitant et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole périodiquement révisable définit en outre, compte tenu des recommandations établies par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité de santé. Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal.</p> <p>« Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.</p> <p>« Le médecin est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré.»</p> | <p>« Le médecin traitant, <i>qu'il exerce en ville ou en établissement de santé</i>, et le ...</p> <p>... santé</p> <p><i>mentionnée à l'article L. 161-37. Ce ...</i></p> <p>... légal.</p> <p>Amendements n^{os} 35 et 36</p> <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 322-3.-</i></p> <p>La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.</p> | <p>IV. - L'article L. 322-3 du même code est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sur proposition de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la</p> | <p>« Le médecin, <i>qu'il exerce en ville ou en établissement de santé</i>, est ...</p> <p>... l'assuré.»</p> <p>Amendement n° 35</p> <p>IV. – Alinéa sans modification</p> <p>« Sur ...</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">Chapitre II Dispositions générales relatives aux soins Section 1 Médecins Sous-section 1 Dispositions relatives aux relations conventionnelles</p> | <p style="text-align: center;">Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins. »</p> <p style="text-align: center;">Article 4</p> <p>La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-5-3 ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 162-5-3. - Tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci.</p> <p style="padding-left: 2em;">« La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en oeuvre un protocole de soins. »</p> <p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> | <p style="text-align: right;">...cadre d'un <i>réseau de santé</i> ou d'un soins. »</p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 37</p> <p style="text-align: center;">Article 4</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 162-5-3. – Afin de favoriser la coordination des soins, tout ...</p> <p style="text-align: right;">... celui-ci.</p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 78</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« Les dispositions prévues au dernier alinéa du présent article ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus. »</p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 79</p> <p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 162-5. -</i> 16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant</p> | <p>L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique.</p> | <p>« 17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 ;</p> <p>« 18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités médicales sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins. »</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 162-22-10. - I. -</i> Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> | <p>... soins et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin. »</p> |
| <p>Ces éléments prennent effet, à l'exception de ceux pris en application du II, à compter du 1^{er} mars de l'année en cours.</p> <p>.....</p> | <p>Article 6</p> <p>L'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les mots : « La ou les conventions » sont remplacés par les mots : « I. - La ou les conventions » ;</p> | <p>Amendement n° 80</p> <p><i>II.-</i> Après le quatrième alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 4° Le montant de la majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un médecin spécialiste hospitalier. Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins. Elle ne s'applique pas aux consultations réalisées dans le cadre de l'activité libérale du médecin hospitalier. »</p> <p>Amendement n° 81</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</p> | <p>Article 6</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> | <p>Article 6</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>—</p> <p>sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :</p> <p>.....</p> | <p>—</p> <p>2° L'article est complété par un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions.</p> | <p>—</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> |
| | <p>« II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressant plusieurs professions de santé peuvent être conclus pour une durée au plus égale à cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions.</p> <p>« Ces accords peuvent déterminer les objectifs et les modalités de mise en œuvre et d'évaluation de dispositifs visant à favoriser une meilleure organisation et coordination des professionnels de santé, notamment par la création de réseaux de santé, la promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives, la formation continue conventionnelle ainsi que de dispositifs visant à améliorer la qualité des soins. »</p> | <p>« II. - Des ...</p> <p>... santé <i>relatifs aux pathologies ou aux traitements</i> peuvent ...</p> |
| | <p>Section 2</p> | <p>Section 2</p> |
| | <p>La qualité des soins</p> | <p>La qualité des soins</p> |
| | <p>Article 7</p> | <p>Article 7</p> |
| <p><i>Art. L. 183-1-1.</i> - Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé conventionnés exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie.</p> | <p>I. - L'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> | <p>I. – Alinéa sans modification</p> |
| | <p>1° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou des entreprises visées au 2° de l'article L. 310-1 du code des assurances peuvent être parties à ces contrats.</p> | <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Des ...</p> <p>... contrats. <i>Ces contrats sont</i></p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>.....</p> <p>Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.</p> | <p>2° Au cinquième alinéa, les mots : « le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, » sont remplacés par les mots : « le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie »</p> <p>3° Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque ces contrats portent sur des domaines mentionnés dans les conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, ils doivent être conformes aux objectifs fixés par ces conventions. »</p> | <p><i>communiqués pour avis aux conseils de l'ordre des professions médicales pour ce qui les concerne.</i></p> <p>Amendement n° 83 rect. 2° Non modifié</p> |
| <p>Code de la santé publique</p> <p>SIXIEME PARTIE</p> <p>Établissements et services de santé</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Établissements de santé</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Organisation des activités des établissements de santé</p> <p>Chapitre 3</p> <p>Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements</p> | <p>II. - Le chapitre III du titre I^{er} du livre I^{er} de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 6113-12 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 6113-12. - Des accords cadres peuvent être conclus entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, l'Union nationale des caisses d'assurances maladie et les fédérations nationales représentatives des établissements de santé en vue d'améliorer les pratiques hospitalières. Un décret fixe notamment les conditions dans lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés, peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé d'une partie des <u>sommes correspondant aux dépenses évitées</u> par la mise en oeuvre de l'accord et peuvent être rendus obligatoires pour les établissements.</p> | <p>3° Non modifié</p> <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 6113-12. - Des ...</p> <p>... conditions <i>de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords et les conditions</i> dans ...</p> <p>... partie des dépenses</p> <p>... ... rendus <i>opposables</i>.</p> <p>Amendement n° 84 rect.</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p><i>Art. L. 6114-3.</i> - Les contrats définissent les objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par le conseil régional de santé prévu à l'article L. 1411-3.</p> | <p>« Des accords peuvent être conclus sur les mêmes sujets, à l'échelon local, par l'agence régionale de l'hospitalisation et un établissement de santé. Lorsque ces accords fixent des objectifs relatifs aux prescriptions hospitalières exécutées par des professionnels de santé exerçant en ville, ils sont également signés par l'union régionale des caisses d'assurance maladie. »</p> | <p>« Des ...</p> <p>... maladie.</p> <p><i>« Les conseils de l'ordre des professions médicales sont consultés sur les dispositions des accords relatives à la déontologie de ces professions. »</i></p> |
| | <p>III. - Après le premier alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Ils intègrent les objectifs médicalisés d'évolution des pratiques, en particulier ceux qui sont contenus dans les accords mentionnés à l'article L. 6113-12. »</p> | <p>III. – Non modifié</p> |
| | <p>Article 8</p> <p>Il est créé après l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale un article L. 162-4-2 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-4-2.</i> - Les médecins ayant adhéré à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou au règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-5-9 et les médecins exerçant dans un établissement de santé sont tenus de participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle, dans le cadre de dispositifs prévus à l'article L. 1414-3-1 du code de la santé publique ou de dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret. »</p> | <p>Article 8</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-4-2.</i> - Les ...</p> <p>... établissement de santé sont tenus de participer <i>régulièrement</i> à des actions d'évaluation ...</p> <p>... décret. »</p> |
| <p>Code de la sécurité sociale</p> | <p>Article 9</p> | <p>Article 9</p> |
| <p><i>Art. L. 162-1-11.</i> - Les caisses peuvent également</p> | | <p>Sans modification</p> |

Amendement n° 85

Amendement n° 86

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p>mettre en oeuvre des services de conseils administratifs ou d'orientation. Ces services doivent permettre aux assurés de disposer des informations nécessaires pour accéder à la prévention et aux soins dans les meilleures conditions. Ils peuvent en particulier fournir tous éléments d'information sur les services assurés par les établissements de santé et sur le situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant.</p> | <p>Au troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale, après le mot : « régissant » sont ajoutés les mots : « , ainsi que sur leur adhésion aux contrats prévus aux articles L. 162-12-18, L. 162-12-20 et L. 183-1-1, et leur participation à la formation conventionnelle, à la formation continue, à la coordination des soins et aux actions d'évaluation mentionnées à l'article L. 162-4-2».</p> | |
| <p>Chapitre IV Dispositions relatives aux soins</p> | <p>Article 10</p> <p>Le chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>CHAPITRE IV</i> « DISPOSITIONS RELATIVES AUX SOINS PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE</p> | <p>Article 10</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 314-1.</i> - Les frais d'acquisition et de renouvellement des appareils sont remboursés d'après le tarif de responsabilité des caisses établi par les conventions conclues entre les caisses et les syndicats de fournisseurs et dans les limites d'un tarif fixé par arrêté ministériel.</p> <p>Les conditions de renouvellement des appareils sont fixées par décret.</p> | <p>« <i>Art. L. 314-1.</i> - Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie en application de l'article L. 161-33, les caisses et le service médical de l'assurance maladie, dans le respect du secret médical, vérifient :</p> <p>« 1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-46, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;</p> <p>« 2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :</p> <p>« a) N'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;</p> <p>« b) Respectent les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références</p> | <p>« <i>Art. L. 314-1.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---|
| <p><i>Art L. 322-2.</i> - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 est fixée par un décret en Conseil d'Etat.</p> <p>.....</p> | <p>professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;</p> <p>« 3° Que les dépenses présentées au remboursement ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.</p> <p>« Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.</p> <p>« La prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée au respect des conditions mentionnées au présent article. »</p> <p style="text-align: center;">Section 3</p> <p style="text-align: center;">Le recours aux soins</p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>I. - L'article L. 322-2 est complété par un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. - L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en ville ou dans un établissement de santé, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. Cette participation se cumule avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure fixée au I. »</p> <p>II. - L'article L. 322-4 du même code est ainsi rédigé :</p> | <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i> Amendement n° 87</p> <p style="text-align: center;">Section 3</p> <p style="text-align: center;">Le recours aux soins</p> <p style="text-align: center;">Article 11</p> <p>Sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|--|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 322-4.</i> - Les taux de participation fixés en application des articles L. 322-2 et L. 322-3 peuvent être modifiés en fonction des résultats financiers du régime sur le plan national dans les conditions déterminées par l'article L. 251-4 .</p> | <p>« <i>Art. L. 322-4.</i> - La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 n'est pas exigée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1. »</p> | <p>—</p> |
| <p><i>Art. L. 325-1.</i> - I. - Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle assure à ses bénéficiaires des prestations servies en complément de celles du régime général des salariés prévues aux 1^o, 2^o, 4^o et 7^o de l'article L. 321-1, pour couvrir tout ou partie de la participation laissée à la charge de l'assuré en application de l'article L. 322-2. Il peut prendre en charge tout ou partie du forfait journalier institué à l'article L. 174-4. Ces prestations sont déterminées par le conseil d'administration de l'instance de gestion du régime local dans des conditions définies par décret.</p> | <p>III. - Au premier alinéa du I de l'article L. 325-1 du même code, après les mots : « de l'article L. 322-2 », sont insérés les mots : « à l'exception de celle mentionnée au II de cet article ».</p> | |
| <p><i>Art. L. 432-1.</i> - Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux, fournisseurs ainsi qu'aux établissements, le montant des prestations fixées aux 1^o et 3^o de l'article L. 431-1 . Toutefois, les frais de transport peuvent donner lieu à remboursement par la caisse à la victime dans les conditions prévues par le 2^o de l'article L. 321-1.</p> | <p>IV. - L'article L. 432-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les dispositions du II de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre. »</p> | |
| | <p>V. - Jusqu'à l'intervention de la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie prévue au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, le montant de la participation mentionnée au I du présent article est fixé par décret.</p> | |
| | <p>Article 12</p> | <p>Article 12</p> |
| | <p>I. - Après l'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-4-3 ainsi rédigé : « <i>Art. L. 162-4-3.</i> - Les médecins peuvent, à l'occasion des soins qu'ils</p> | <p>I. - Alinéa sans modification « <i>Art. L. 162-4-3.</i> - Alinéa sans modification</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Art. L. 161-31. - I. - Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Cette carte constitue un élément et un instrument de la politique de santé. Elle doit permettre d'exprimer de manière précise l'accord du titulaire ou de son représentant légal pour faire apparaître les éléments nécessaires non seulement à la coordination des soins mais aussi à un suivi sanitaire. Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en

délivrent et sous les conditions prévues au II de l'article L. 161-31, consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient. Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-31.

« Le relevé des données mis à la disposition du médecin contient les informations nécessaires à l'identification des actes, produits ou prestations pris en charge pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé, au regard notamment des listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 165-1 et L. 162-17. Il comporte également le code prévu pour les identifier dans ces listes ainsi que le niveau de prise en charge. Il ne contient aucune information relative à l'identification des professionnels de santé prescripteurs.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les modalités d'application du présent article. »

« Le ...

...ces listes, le niveau de prise en charge *et, pour les patients atteints d'une affection de longue durée, les éléments constitutifs du protocole de soins mentionné au septième alinéa de l'article L. 324-1.* Il ...

... prescripteurs.

Amendement n° 99

« Un ...

...libertés *et du Conseil national de l'ordre des médecins* détermine ...

... article. »

Amendement n° 100

I bis.- Dans la première phrase du I de l'article L. 161-31 du même code, après les mots : « l'assurance maladie », il est inséré les mots : « qui comporte une photographie de celui-ci ».

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| Conseil d'Etat. | | |
| | | <i>I ter.- Les dispositions prévues par le I bis du présent article entrent en vigueur à compter du prochain renouvellement de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 du même code.</i> |
| | | Amendement n° 101 |
| | | <i>I quater. - Les trois dernières phrases du I de l'article L. 161-31 du même code sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :</i> |
| | | <i>« Cette carte est valable, sous réserve de mises à jour concernant un changement de régime d'affiliation ou de prise en charge, partout en France, et tout au long de la vie du bénéficiaire des prestations d'un régime de base de l'assurance maladie. Elle est délivrée gratuitement.</i> |
| | | <i>« En cas de vol, perte ou dysfonctionnement, la carte est remplacée par l'organisme d'affiliation de l'assuré. »</i> |
| | | Amendement n° 102 |
| | | II. – Non modifié |
| II. - Dans l'intérêt de la santé du patient, cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, destiné à ne recevoir que les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins. | II. - Le II de l'article L. 161-31 du même code est remplacé par les dispositions suivantes : | |
| | « II. - L'utilisation de cette carte permet d'exprimer l'accord du titulaire pour autoriser un médecin ayant adhéré à la convention ou exerçant dans un établissement ou un centre de santé et dûment authentifié au moyen de la carte mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33, de prendre connaissance des informations contenues sur le relevé mis à sa disposition en application de l'article L. 162-4-3. » | |
| <i>Art. L. 161-21. -.....</i> Les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas du présent article s'appliquent aux assurés des régimes d'assurance vieillesse d'origine législative ou réglementaire, dans le cadre des règles propres à chacun desdits régimes. | III. - L'article L. 162-21 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : | III. - Alinéa sans modification |
| | « Dans ces établissements, il peut être demandé à l'assuré d'attester de son identité à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production d'un titre d'identité comportant sa | « Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester, auprès des services administratifs, de son ... |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 161-31. – I. -</i> II. - Dans l'intérêt de la santé du patient, cette carte comporte un volet de santé défini à l'article L. 162-1-6, destiné à ne recevoir que les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins.</p> | <p>photographie. »</p> <p>Article 13</p> <p>I. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-1-13, un article L. 162-1-14 ainsi rédigé: <i>« Art. L. 162-1-14. -</i> L'inobservation de règles du présent code par les professionnels de santé, les établissements de santé ou les assurés, ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge indus peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de cet organisme. Lorsque la pénalité est prononcée à l'encontre d'un professionnel de santé, des professionnels de santé participent à la commission. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de</p> | <p>...photographie ». Amendement n° 103</p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>L'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :</i> <i>« III.- Le professionnel de santé qui dispense ou délivre à un assuré social porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droits un acte, une prestation ou une spécialité pharmaceutique remboursable par les régimes de l'assurance maladie lui communique pour information la charge que l'acte, la prestation ou la spécialité représente pour ces régimes. Le décret en Conseil d'Etat prévu au II précise les conditions de cette obligation de communication, qui revêt une forme écrite ou orale. »</i> Amendement n° 104</p> <p>Article 13</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p><i>« Art. L. 162-1-14. -</i> L'inobservation ...</p> <p>...santé, des <i>représentants de la même profession</i> participent à la commission. <i>La commission apprécie la responsabilité de l'assuré, de l'employeur, du professionnel de santé ou de l'établissement de santé dans l'inobservation des règles du présent</i></p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|--|
| <p><i>Art. L. 162-1-16.</i> - La décision prise par la caisse est exécutoire dès sa notification. Elle peut être contestée devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale.</p> | <p>récidive. L'organisme d'assurance maladie notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, l'organisme d'assurance maladie prononce, le cas échéant, la pénalité.</p> <p>« La mesure prononcée est motivée.</p> <p>« Pour le recouvrement de cette pénalité, l'organisme de sécurité sociale met en oeuvre les procédures prévues aux articles L. 244-3 et L. 244-9 du présent code ou à l'article L. 725-3 du code rural.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> | <p><i>code.</i> Le montant...</p> <p>... la pénalité.</p> <p>Amendements n^{os} 105 et 106 « La mesure prononcée est motivée <i>et peut être contestée devant le tribunal administratif.</i></p> <p>Amendement n^o 107 Alinéa sans modification</p> <p><i>« L'organisme de sécurité sociale ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner une même inobservation des règles du présent code par un professionnel de santé. »</i></p> <p>Amendement n^o 108 Alinéa sans modification</p> <p>« II. La ...</p> <p>...l'article L. 162-12-16 est <i>ainsi rédigée</i> :</p> <p><i>« Elle peut être contestée devant le tribunal administratif. »</i></p> <p>Amendement n^o 109</p> |
| <p>Chapitre II Dispositions générales relatives aux soins</p> | <p>Article 14</p> <p>Il est inséré dans le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale un article L. 162-1-15 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 162-1-15.</i> - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de</p> | <p>Article 14</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-1-15.</i> - Le directeur</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture des frais de transports ou du versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L. 321-1, en cas de constatation par ce service :

« 1° Du non respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 ;

« 2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;

« 3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transports constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transports.

« En cas de non respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des professionnels de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider que les prescriptions de transport ou d'arrêt de travail de ce médecin ne donnent pas lieu à prise en charge pendant une durée ne pouvant excéder six mois. Le médecin est tenu d'informer les assurés sociaux qui ont

... transports ou *le* versement ...

... service :

Amendement n° 110

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa supprimé

Amendement n° 111

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 351-1.</i> - L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir d'un âge déterminé.</p> <p>.....</p> <p>Les modalités de calcul du salaire de base, des périodes d'assurance ou des périodes équivalentes susceptibles d'être prises en compte et les taux correspondant aux durées d'assurance et à l'âge de liquidation sont définis par décret en Conseil d'Etat.</p> | <p>recours à lui de cette suspension de prise en charge. »</p> <p>Article 15</p> | <p>—</p> <p>Article 15</p> |
| <p>Les dispositions des alinéas précédents ne sauraient avoir pour effet de réduire le montant de la pension à un montant inférieur à celui qu'elle aurait atteint si la liquidation en était intervenue avant le 1er avril 1983, compte tenu de l'âge atteint à cette date.</p> | <p>I. - L'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> | <p>I. – Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 315-2.</i> - Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p> <p>.....</p> <p>Si, indépendamment des dispositions des deuxième à cinquième alinéas le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré, en suspend le service. Lorsque le praticien-conseil procède à l'examen du patient et qu'à l'issue de celui-ci il estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe directement l'intéressé. Sauf si le praticien-conseil en décide autrement, la</p> | <p>1° Au dernier alinéa, après la première phrase est insérée une phrase ainsi rédigée : « En cas de suspension du service des indemnités mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur » ;</p> | <p><i>I A.- Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« V.- Le service du contrôle médical s'assure de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie. »</i></p> <p>Amendement n° 112</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>suspension prononcée par la caisse prend effet à compter de la date à laquelle le patient a été informé. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.</p> | <p>2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sous réserve des dispositions de l'article L. 324-1, tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse suspend le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation. »</p> | <p>II. – Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 315-2-1.</i> - Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement ou, à défaut, par le service du contrôle médical.</p> | <p>II. - A l'article L. 315-2-1 du même code, après les mots : « dépenses présentées au remboursement » sont insérés les mots : « ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail ».</p> | <p>II. – Non modifié</p> |
| <p>..... <i>Art. L. 321-2.</i> -</p> <p>En cas d'interruption de travail, l'assuré doit envoyer à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai déterminé et, sous les sanctions prévues dans son règlement intérieur, une lettre d'avis d'interruption de travail dont le modèle est fixé par arrêté ministériel et qui doit comporter la signature du médecin.</p> | <p>III. - Au second alinéa de l'article L. 321-2 du même code, les mots : « et, sous les sanctions prévues dans son règlement intérieur, » sont remplacés par les mots : « et, sous les sanctions prévues par décret, ».</p> | <p>III. – Non modifié</p> |
| | | <p><i>Article additionnel</i></p> <p>Après l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-4-4 ainsi rédigé :</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>Chapitre III Recouvrement des cotisations Section 3 Dispositions diverses</p> | <p>Article 16</p> <p>I. - La section 3 du chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 133-4-1.</i> - En cas de versement indu d'une prestation, hormis les cas mentionnés à l'article L. 133-4 et des autres cas où une récupération peut être opérée auprès d'un professionnel de santé, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou d'accident du travail et de maladie professionnelle récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais, peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par retenues sur les prestations à venir, ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'assuré opte pour cette solution. Lorsque la retenue est opérée sur une indemnité journalière, elle ne peut excéder une proportion, fixée par décret, du montant de cette indemnité.</p> <p>« La créance de l'organisme peut être prise en charge, en cas de précarité de la situation de l'assuré, sur ses crédits d'action sanitaire et sociale. »</p> | <p>« <i>L. 162-4-4.</i> - En cas de prolongation d'un arrêt de travail, l'indemnisation n'est maintenue que si la prolongation de l'arrêt est prescrite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas définis par décret. »</p> <p>Amendement n° 113</p> <p>Article 16</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 133-4-1.</i> - En ...</p> <p>... récupéré par un ou plusieurs versements en fonction de la situation sociale du ménage après consultation de la caisse concernée. Lorsque ...</p> <p>... indemnité.</p> <p>Amendement n° 114 Alinéa sans modification</p> |
| <p>Code de la santé publique</p> | <p>Article 17</p> | <p>Article 17</p> |
| <p><i>Art. L. 5121-1.</i> - 5° Sans préjudice des</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p>—</p> <p>dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent. Pour l'application du présent 5°, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique ;</p> | <p>—</p> <p>La dernière phrase du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complétée par les mots : « et les différents sels, esters, éthers, isomères, mélanges d'isomères, complexes ou dérivés d'un principe actif sont considérés comme un même principe actif, sauf s'ils présentent des propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ».</p> | <p>—</p> <p>Sans modification</p> |
| <p>Code de la sécurité sociale</p> | <p>Article 18</p> <p>I. - Après l'article L. 162-17-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-8 ainsi rédigé : <i>« Art. L. 162-17-8. - Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion par prospection ou démarchage pour les spécialités pharmaceutiques est conclue entre le comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament. »</i></p> <p>II. - A défaut de conclusion de la charte prévue à l'article L. 162-17-8 du même code avant le 31 décembre 2004, cette charte est établie par décret en</p> | <p>Article 18</p> <p>I. -Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>« Elle vise, notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins ».</i></p> <p>Amendement n° 115</p> <p>II. -Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|------------------------------------|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 162-17-4.</i> - En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> | <p>Conseil d'Etat.</p> <p>III. - L'article L. 162-17-4 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'ils organisent ou qu'ils commanditent. » ;</p> | <p>—</p> <p>III. - Non modifié</p> |
| <p>.....</p> <p>3° Les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;</p> <p>.....</p> | <p>2° Au quatrième alinéa, les mots : « 3° Les engagements de l'entreprise » sont remplacés par les mots : « 3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise ».</p> | <p>IV. - Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 162-17.</i> - Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.</p> | <p>IV. - Au premier alinéa de l'article L. 162-17 du même code, après les mots : « code de la santé publique, » sont insérés les mots : « et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du même code ».</p> | <p>IV. - Non modifié</p> |
| <p>Code de la santé publique</p> | <p>V. - A l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, avant les mots : « sont limités » sont insérés les mots : « ou importés selon la procédure prévue à l'article L. 5124-17-1 ».</p> | <p>V. - Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 5123-2.</i> - L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 5121-8, L. 5121-12 et L. 5121-13 sont limités, dans les conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale,</p> | <p>V. - A l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, avant les mots : « sont limités » sont insérés les mots : « ou importés selon la procédure prévue à l'article L. 5124-17-1 ».</p> | <p>V. - Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> | <p>VI. - Il est inséré, après l'article L. 162-17-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 162-17-1-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-17-1-1. - Les spécialités pharmaceutiques inscrites sur l'une des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code sont présentées sous des conditionnements appropriés au regard des indications thérapeutiques justifiant la prise en charge par l'assurance maladie, de la posologie et de la durée du traitement. »</p> | <p>VI. -Non modifié</p> |
| <p>Code de la sécurité sociale</p> | <p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE</p> <p>Section 1</p> <p>La Haute Autorité de santé</p> | <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>I.- Après l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L.162-1-14 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 162-1-14.- La Haute autorité de santé établit une charte de qualité des logiciels d'aide à la prescription médicale.</i></p> <p><i>« Les logiciels d'aide à la prescription médicale commercialisés à compter du 1^{er} janvier 2006 auprès des professions médicales conventionnées font l'objet d'une certification par un organisme accrédité attestant du respect de ladite charte. »</i></p> <p><i>II.- Les dispositions prévues par le premier alinéa de l'article L. 162-1-14 entrent en vigueur au plus tard le 30 juin 2005.</i></p> <p>Amendement n° 116</p> <p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE</p> <p>Section 1</p> <p>La Haute Autorité de santé</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|-------------------------|--|---|
| — | — | — |
| | Article 19 | Article 19 |
| | I. - Après le chapitre I du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre I bis ainsi rédigé : | I. – Alinéa sans modification |
| | « <i>CHAPITRE I BIS</i> « HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | Division et intitulé sans modification |
| | « <i>Art. L. 161-37.</i> - La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de : | « <i>Art. L. 161-37.</i> – Alinéa sans modification |
| | « 1° Procéder à l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service qu'ils rendent, et contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée ; | « 1° Non modifié |
| | « 2° Veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique <u>et procéder à leur diffusion</u> et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines. | « 2° Veiller à l'élaboration <i>et à la diffusion</i> des guides... ... pratique et contribuer... |
| | « Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique mentionnés à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique <u>et du cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.</u> | ... domaines. Amendement n° 117 « Dans ... |
| | | ... l'article L. 1411-2 du code de la santé publique. Amendements n°s 118 et 119 |
| | | « <i>La Haute autorité de santé établit un rapport annuel d'activité adressé au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet, qui porte notamment sur les travaux des commissions mentionnées à l'article L. 161-39 ainsi que sur les actions d'information mises en œuvre en application du 2° du présent article.</i> |
| | | Amendement n° 120 « <i>Les décisions et communications prises en vertu des 1°</i> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. L. 161-38. - La Haute Autorité de santé peut procéder, à tout moment, à l'évaluation du service attendu d'un produit, d'un acte ou d'une prestation de santé ou du service qu'ils rendent. Elle peut également être consultée sur le bien fondé et les conditions de remboursement d'un ensemble de soins ou d'une catégorie de produits ou prestations. Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet.

« La Haute Autorité fixe les orientations en vue de l'élaboration des recommandations de bonne pratique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mentionnées respectivement aux articles L. 1414-2 et L. 5311-1 du code de la santé publique et procède à leur diffusion.

« La Haute Autorité peut saisir l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé de toute demande d'examen de la publicité pour un produit de santé diffusée auprès des professions de santé.

« Dans le respect des règles relatives à la transmission et au traitement des données à caractère personnel, les caisses d'assurance maladie transmettent à la Haute Autorité les informations nécessaires à sa mission.

et 2° du présent article sont transmises sans délai à la conférence nationale de santé prévue à l'article L. 1411-3 du code de la santé publique. »

Amendement n° 121

« Art. L. 161-38. - La ...

... consultée, notamment par l'union nationale des caisses d'assurance maladie sur ...

... prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant. Les entreprises, ...

... effet après les avoir rendues anonymes.

Amendements n°s 122, 123 et 124

« Sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire et notamment celles prises en application du 2° de l'article L. 5211-2 du code de la santé publique, la Haute autorité de santé fixe les orientations en vue de l'élaboration et de la diffusion des recommandations ...

... diffusion.

Amendement n° 125

Alinéa sans modification

« Dans ...

... maladie et l'Institut des données de santé transmettent à la Haute ...

... mission, après les avoir rendues anonymes.

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Art. L. 161-39. - La Haute Autorité de santé comprend un collège et des commissions spécialisées présidées par un membre du collège et auxquelles elle peut déléguer certaines de ses attributions.

« Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du code de la sécurité sociale constituent des commissions spécialisées de la Haute Autorité. Leurs attributions peuvent être exercées par le collège. Les autres commissions spécialisées sont créées par la Haute Autorité qui en fixe la composition et les règles de fonctionnement.

« Art. L. 161-40. - Le collège est composé de huit membres choisis en raison de leurs qualifications et de leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité de santé :

« 1° Deux membres désignés par le Président de la République ;

« 2° Deux membres désignés par le président du Sénat ;

« 3° Deux membres désignés par le président de l'Assemblée nationale ;

« 4° Deux membres désignés par le président du Conseil économique et social.

« Les membres du collège sont nommés par décret du Président de la République. Le président du collège est nommé dans les mêmes conditions parmi ses membres.

« La durée du mandat des membres du collège est de six ans renouvelable une fois.

« En cas de vacance d'un siège du collège pour quelque cause que ce soit, il est procédé à son remplacement pour la durée du mandat à courir. Un mandat exercé pendant moins de deux ans n'est pas pris en compte pour l'application de la règle de renouvellement mentionnée ci-dessus.

« Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.

« Art. L. 161-41. - La Haute Autorité de santé dispose de services placés sous l'autorité d'un directeur

Amendements n^{os} 126 et 127

« Art. L. 161-39. – Non modifié

« Art. L. 161-40. – Non modifié

« Art. L. 161-41. – Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

nommé, après avis du collège, par le président de celui-ci.

« Sur proposition du directeur, le collège fixe le règlement intérieur des services et le cadre général des rémunérations applicables au personnel des services de la Haute Autorité.

« Le président du collège représente la Haute Autorité en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet au directeur.

« Le personnel de la Haute Autorité est composé d'agents contractuels de droit public, de salariés de droit privé, ainsi que d'agents de droit privé régis soit par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale, soit par un statut fixé par décret. Dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, des agents publics peuvent être placés auprès de la Haute autorité dans une position prévue par le statut qui les régit.

« Les dispositions des articles L. 412-1, L. 421-1, L. 431-1 et L. 236-1 du code du travail sont applicables au personnel des services de la Haute Autorité. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret en Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les conditions de travail propres à la Haute Autorité et les différentes catégories de personnel qu'elle emploie.

« *Art. L. 161-42.* - Les membres de la Haute Autorité de santé, les personnes qui lui apportent leur concours ou qui collaborent occasionnellement à ses travaux ainsi que le personnel de ses services sont soumis, chacun pour ce qui le concerne, aux dispositions de l'article L. 5323-4 du code de la santé publique. Toutefois, ces dispositions peuvent faire l'objet, par décret en Conseil d'Etat, d'adaptations rendues nécessaires par les missions, l'organisation ou le fonctionnement de la Haute Autorité.

« *Art. L. 161-43.* - La Haute Autorité de santé dispose de l'autonomie financière. Son budget est arrêté par le collège sur proposition du

« *Art. L. 161-42.* – Non modifié

« *Art. L. 161-43.* – Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—

—

—

directeur.
 « Les ressources de la Haute Autorité sont constituées notamment par :
 « 1° Des subventions de l'Etat ;
 « 2° Une dotation globale versée dans des conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;
 « 3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;
 « 4° Une fraction de 10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-6 ;
 « 5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;
 « 6° Des produits divers, des dons et legs.
 « *Art. L. 161-44.* - Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment :
 « 1° Les conditions dans lesquelles la Haute Autorité de santé procède aux évaluations et émet les avis mentionnés à l'article L. 161-37 ;
 « 2° Les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé. »

 II. - Lors de la première constitution de la Haute Autorité de santé, sont désignés par tirage au sort, à l'exception du président, quatre membres dont les mandats prendront fin à l'issue d'un délai de trois ans.

« *Art. L. 161-44.* – Non modifié

II. – Non modifié

Code de la sécurité sociale

Article 20

Article 20

I. - L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Sans modification

Art. L. 165-1. - Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie

1° Au premier alinéa, les mots :

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné, soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p>Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> | <p>« commission dont le secrétariat est assuré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « commission de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 » ;</p> | |
| Code de la santé publique | 2° Le dernier alinéa est abrogé. | |
| <p><i>Art. L. 5123-3.</i> - La liste mentionnée à l'article L. 5123-2 est proposée par une commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret.</p> | <p>II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p> | |
| | <p>1° L'article L. 5123-3 est ainsi modifié :</p> | |
| <p>La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au Parlement.</p> | <p>a) Au premier alinéa, les mots : « commission dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret » sont remplacés par les mots : « commission de Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale dont la composition et le fonctionnement sont fixés par décret en Conseil d'Etat » ;</p> | |
| <i>Art. L. 5123-4.</i> - | b) Le dernier alinéa est abrogé ; | |
| <p>Les modalités d'inscription sur la liste prévue à l'article L. 5123-2 sont fixées par un règlement intérieur de la commission.</p> | <p>2° Le dernier alinéa de l'article L. 5123-4 est abrogé ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 5123-5.</i> - Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un médicament mentionné à l'article L. 5121-8 sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables, mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste des médicaments pris en charge et utilisés par les collectivités publiques, dans les conditions mentionnées aux articles L. 5123-2 et suivants, donne lieu, au</p> | <p>3° Au premier alinéa de l'article L. 5123-5 et au deuxième alinéa de l'article L. 5211-5-1, les mots : « l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé » sont remplacés par les mots : « la Haute Autorité de santé » ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, à la perception d'une taxe à la charge du demandeur.</p> | <p>4° Au 5° de l'article L. 5311-2, les mots : « de la commission de la transparence et » sont supprimés ».</p> | |
| <p><i>Art. L. 5211-5-1.-</i>..... Son montant est versé à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.</p> | <p>III. - Les articles L. 4001-1 et L. 4001-2 du code de la santé publique sont abrogés à compter d'une date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1^{er} janvier 2005. A compter de cette date, la Haute Autorité de santé succède à l'Agence française de sécurité sanitaire dans ses droits et obligations au titre du fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.</p> | Section 2 |
| <p><i>Art. L. 5311-2.-</i> 5° Est chargée du fonctionnement de la commission de la transparence et de la commission mentionnée à l'article L. 1261-2.</p> | <p>Le respect des objectifs de dépenses</p> | <p>Le respect des objectifs de dépenses</p> |
| <p><i>Art. L. 4001-1.-</i> Il est créé un Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique à destination des professionnels de santé. Ce fonds est géré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé prévue à l'article L. 5311-1.</p> | Article 21 | Article 21 |
| <p>Le fonds finance ou participe au financement d'actions d'information et de communication en matière de bon usage des produits de santé et de stratégie thérapeutique, notamment de prescription et de dispensation médicamenteuse, arrêtées dans des conditions fixées par décret.</p> | I. - Dans le titre I ^{er} du livre I ^{er} du | I. – Alinéa sans modification |
| <p>Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 4001-2. -</i> Les ressources du fonds mentionné à l'article L. 4001-1 sont constituées par une fraction de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale, déterminée par arrêté dans la limite d'un plafond de 10 %.</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|---|
| CHAPITRE IV Commissions et conseils Section 6 Commission de garantie des retraites | <p>code de la sécurité sociale, il est inséré après le chapitre I^{er} <i>bis</i> un chapitre I^{er} <i>ter</i> ainsi rédigé :</p> <p>« <i>CHAPITRE I^{ER} TER</i> « DISPOSITIONS RELATIVES AUX OBJECTIFS DE DÉPENSES « <i>Art. L. 111-11.</i> - Chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet avant le 30 juin au ministre chargé de la sécurité sociale des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique. »</p> <p>II. - L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 est abrogé.</p> <p>Article 22</p> <p>I. - Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 7 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Section 7</i> « Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie « <i>Art. L. 114-4-1.</i> - Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée</p> | <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 111-11.</i> - Chaque ...</p> <p>... 30 juin <i>de chaque année</i> au ministre ...</p> <p>... publique. Amendement n° 128 « <i>Les propositions de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont soumises, préalablement à leur transmission, à l'avis de son conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1.</i> » Amendement n° 129</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>Article 22</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 114-4-1.</i> – Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---|
| <p><i>Art. L. 114-1. -</i> Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.</p> | <p>par le président du Conseil économique et social. « Ce comité est placé auprès de la commission des comptes de la sécurité sociale. « Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, et en tant que de besoin, le comité d'alerte de l'assurance maladie rend un avis sur le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. « Lorsque le comité d'alerte de l'assurance maladie considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent significativement l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part. « Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »</p> <p>II.- Au quatrième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « par le ministre chargé de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « pour une durée de trois ans par le Premier Président de la Cour des Comptes ».</p> | <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Chaque ...</p> <p>... cours. <i>Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.</i></p> <p>Amendement n° 130 « Lorsque ...</p> <p>... décret <i>qui ne peut excéder 1 %</i>, il ...</p> <p>... part.</p> <p>Amendement n° 131 Alinéa sans modification</p> <p>II.- Au ...</p> <p>... mots : « <i>par le Premier président de la Cour des Comptes pour une durée de trois ans</i> »</p> <p>Amendement n° 132</p> |
| | Section 3 | Section 3 |
| | <p>Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables</p> | <p>Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p><i>Art. L. 322-2.</i> - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 321-1 est fixée par un décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Elle peut être proportionnelle auxdits tarifs ou être fixée à une somme forfaitaire. Elle peut varier selon les catégories de prestations, les conditions dans lesquelles sont dispensés les soins, les conditions d'hébergement, la nature de l'établissement où les soins sont donnés. La participation de l'assuré peut être réduite en fonction de l'âge ou de la situation de famille du bénéficiaire des prestations.</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>I. - L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1^o Le premier alinéa est abrogé ;</p> <p>2^o Au deuxième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « I. La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 321-1 » ;</p> <p>3^o Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« La participation est fixée et peut être, dans les cas mentionnés à l'article L. 322-3, réduite ou supprimée, dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique.</p> <p>« L'application aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-17 des taux de participation mentionnés à l'alinéa précédent est déterminée par décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. »</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 23</p> <p>Sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 322-3.</i> - La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, dans les cas suivants :</p> <p>.....</p> | <p>II. - Au premier alinéa de l'article L. 322-3 du même code, les mots : « La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat » sont remplacés par les mots : « La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée ».</p> | |
| <p><i>Art. L. 251-4.</i> - Les décisions</p> | <p>III. - L'article L. 251-4 du même</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p>—</p> <p>nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier de la gestion mentionnée à l'article précédent sont prises par le conseil d'administration de la caisse nationale.</p> <p>Lorsqu'elles comportent une augmentation des cotisations, ces décisions ne sont exécutoires qu'après avoir été approuvées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.</p> <p>En cas de carence du conseil d'administration, les autorités compétentes de l'Etat le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires.</p> <p>Si cette mise en demeure reste sans effet, le Gouvernement procède au rétablissement de l'équilibre soit en se substituant au conseil d'administration de la caisse nationale, soit en usant des pouvoirs qu'il tient de la législation en vigueur.</p> | <p>code est abrogé.</p> <p>—</p> <p>Article 24</p> <p>I. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> | <p>—</p> <p>Article 24</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 162-1-7.</i> - La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1er janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.</p> <p>Toute nouvelle inscription d'un acte ou d'une prestation après le 1^{er} janvier 2004 est subordonnée à l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé mentionnée à l'article L. 1414-1 du code de la santé publique sur la sécurité et l'efficacité de</p> | <p>« Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation et leur modification ainsi que l'inscription d'un acte ou d'une prestation et sa radiation sont décidés par l'union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la Haute Autorité de santé qui se</p> | <p>« Les ...</p> <p>... santé et de</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| <p>l'acte ou de la prestation. Lorsque, pour l'application des dispositions de l'article L. 161-29, une liste est modifiée pour être établie par référence à un numéro de code de l'acte ou de la prestation, l'avis mentionné ci-dessus est requis si l'acte ou la prestation ne figurait pas sur la liste antérieure et peut être sollicité par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans le cas contraire.</p> | <p>prononce pour chacune des indications thérapeutiques ou diagnostiques sur l'évaluation du service attendu de l'acte ou de la prestation et rendu par eux et avis de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. L'union nationale des caisses d'assurance maladie fixe également le tarif de l'acte ou de la prestation.</p> | <p><i>l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. La Haute autorité se prononce, pour chacune des indications thérapeutiques ou diagnostiques, sur l'évaluation du service attendu de l'acte ou de la prestation et du service rendu par eux. Elle peut, au préalable, solliciter l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé sur la sécurité et l'efficacité de cet acte ou de cette prestation. L'union ...</i></p> |
| <p>Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</p> | <p>« Les décisions de l'union sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la cotation tarifaire de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessous.</p> | <p>Amendement n° 133 rect. « Les l'inscription ou à la radiation d'un acte santé. En cas d'inscription d'office, il ...</p> |
| | <p>« La cotation tarifaire des actes et prestations est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux. »</p> | <p>... ci-dessous. Amendement n° 134 « La L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord, sont ...</p> |
| <p><i>Art. L. 162-16. -</i> Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des</p> | <p>Article 25</p> <p>I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° A l'article L. 162-16, les mots : « arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du comité économique des produits de santé » sont remplacés par les mots :</p> | <p>... travaux. » Amendement n° 135</p> <p>Article 25</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« 1°Après le mot « responsabilité », la fin du deuxième alinéa de l'article L. 162-16 est ainsi rédigée :</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| <p>—</p> <p>frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.</p> | <p>« décidé par le comité économique des produits de santé » ;</p> | <p>—</p> <p>« décidé par le comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code, sauf opposition subrogatoire des ministres concernés dans un délai de 15 jours. »,</p> |
| <p><i>Art. L. 162-16-4.</i> - Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.</p> | <p>2° A l'article L. 162-16-4, les mots : « par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité » sont remplacés par les mots : « par décision du comité <u>économique des produits de santé</u> » ;</p> | <p>Amendement n° 3868 2° A ...</p> <p>... du comité <i>sauf opposition subrogatoire des ministres concernés dans un délai de quinze jours</i> » ;</p> <p>Amendements n°s 3869 et 3870</p> |
| <p>..... <i>Art. L. 162-16-5.</i> -</p> <p>A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des</p> | <p>3° Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-5, les mots : « par arrêté des ministres compétents après avis du comité » sont remplacés par les mots : « par décision du comité économique des produits de santé » ;</p> | <p>3° Au ...</p> <p>... santé <i>sauf opposition subrogatoire des ministres concernés dans un délai de quinze jours.</i> » ;</p> <p>Amendement n° 3871</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.</p> | <p>4° Au premier alinéa de l'article L. 162-16-6, les mots : « par un arrêté des ministres compétents après avis du comité » sont remplacés par les mots : « par décision du comité » ;</p> | <p>4° Au ...</p> |
| <p><i>Art. L. 162-16-6. - I. -</i> Le tarif de responsabilité des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier. A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le tarif de responsabilité est fixé par un arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. La fixation du tarif de responsabilité tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation de la spécialité pharmaceutique et de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.</p> | <p>5° L'article L. 162-17-3 est ainsi modifié :</p> | <p>... comité <i>sauf opposition subrogatoire des ministres concernés dans un délai de quinze jours.</i> » ; Amendement n° 3872</p> |
| <p><i>Art. L. 162-17-3. - I. -</i> Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.</p> | <p>a) Au deuxième alinéa du I, les mots : « à la fixation des prix des médicaments à laquelle il procède en application de l'article L. 162-17-4 » sont remplacés par les mots : « aux décisions qu'il prend en application des articles L. 162-16, L. 162-16-4 à L. 162-16-6 et L. 165-2 à L. 165-4 » ;</p> | <p>5° Alinéa sans modification</p> |
| <p>Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments à laquelle il procède en application de l'article L. 162-17-4.</p> | | <p>a) Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---|
| <p>—</p> <p>La composition et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par décret.</p> <p>.....</p> | <p>b) Le troisième alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« Le comité comprend, outre son président et deux vice-présidents choisis par l'autorité compétente de l'Etat en raison de leur compétence dans le domaine de l'économie de la santé, quatre représentants de l'Etat, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant de l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. » ;</p> | <p>—</p> <p>b) Alinéa sans modification</p> |
| <p>III. - Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.</p> | <p>c) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :</p> <p>« IV. - Les membres du comité ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prendre part ni aux délibérations ni aux votes s'ils ont un intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée. Les personnes collaborant aux travaux du comité ne peuvent, sous les mêmes peines, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.</p> <p>« Les membres du comité et les personnes collaborant à ses travaux sont soumis aux dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du même code.</p> <p>« Les membres du comité adressent au président de celui-ci, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans son champ de compétence, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Le président adresse la même déclaration à l'autorité compétente de l'Etat. Cette</p> | <p>« b bis) Le I est complété par l'alinéa suivant :</p> <p>« Un décret précise la composition et les règles de fonctionnement du comité, notamment les conditions dans lesquelles assistent sans voix délibérative à ses séances d'autres représentants de l'Etat que ceux mentionnés à l'alinéa précédent. »</p> <p>Amendement n° 3873</p> <p>c) Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--------------------------------|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 162-17-4.</i> - En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> | <p>—</p> <p>déclaration est rendue publique et est actualisée à leur initiative. »</p> <p>6° L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :</p> | <p>—</p> <p>6° Non modifié</p> |
| <p>.....</p> <p>Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix de ces médicaments par arrêté, en application de l'article L. 162-16-1.</p> | <p>a) Au septième alinéa, les mots : « Dans ce cas, le comité peut proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie de fixer le prix de ces médicaments par arrêté, en application de l'article L. 162-16-1. » sont remplacés par les mots : « Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4. » ;</p> | |
| <p>Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du</p> | <p>b) Au huitième alinéa, les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer après avis du comité économique des produits de santé et » sont remplacés par les mots : « le comité économique des produits de santé prononce, » ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>Comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> | <p>7° Au premier alinéa de l'article L. 162-17-7, les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du Comité économique des produits de santé » sont remplacés par les mots : « le comité économique des produits de santé peut prononcer, » ;</p> | 7° Non modifié |
| <p>..... <i>Art. L. 162-17-7.</i> - S'il s'avère, postérieurement à l'inscription d'un médicament sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, que l'entreprise qui exploite le médicament n'a pas fourni, en en signalant la portée, des informations connues d'elle avant ou après l'inscription et que ces informations conduisent à modifier les appréciations portées par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique notamment pour ce qui concerne le service médical rendu ou l'amélioration du service médical rendu par ce médicament, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après avis du Comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> | <p>8° L'article L. 162-38 est ainsi rédigé :</p> | 8° Non modifié |
| <p><i>Art. L. 162-38.</i> - Sans préjudice des dispositions du présent code relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêtés les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.</p> | <p>« <i>Art. L. 162-38.</i> - Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit comité pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décisions les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.</p> | |
| <p>Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté</p> | <p>« Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par ces arrêtés.</p> | <p>décisions.» ;</p> | <p>9° Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 165-2.</i> - Les tarifs de responsabilité des produits mentionnés à l'article L. 165-1 sont établis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3.</p> | <p>9° L'article L. 165-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 165-2.</i> - Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concernés et le comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou à défaut, par décision du comité économique des produits de santé.</p> | <p>9° Non modifié</p> |
| <p>Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.</p> | <p>« Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou à défaut, par décision du comité économique des produits de santé.</p> | <p>10° Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 165-3.</i> - Les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, sur proposition du Comité économique des produits de santé, peuvent fixer par arrêté les prix des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.</p> | <p>« La fixation de ce tarif tient compte principalement du service rendu, de l'amélioration éventuelle de celui-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.» ;</p> <p>10° L'article L. 165-3 est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 165-3.</i> - Le comité économique des produits de santé peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38. Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le</p> | <p>10° Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p><i>Art. L. 165-4.</i> - Le Comité économique des produits de santé est notamment chargé de proposer les tarifs de responsabilité et les prix pour les produits mentionnés à l'article L. 165-1.</p> <p>Il peut, dans ce but, conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le montant des remises est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prise pour l'application de l'article L. 162-37.</p> | <p>fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou à défaut, par décision du comité économique des produits de santé.</p> <p>« Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou à défaut, par décision du comité économique des produits de santé.» ;</p> <p>11° L'article L. 165-4 est modifié comme suit :</p> <p>a) Le premier alinéa est abrogé ;</p> <p>« b) Au deuxième alinéa de l'article L. 165-4, les mots : « Il peut, dans ce but, » sont remplacés par les mots : « Le comité économique des produits de santé peut » ;</p> | <p>11° Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---------------------------------|
| <p>.....</p> <p><i>Art. L. 165-6.</i> - Les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximum pratiqués, sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'un arrêté pris en application de l'article L. 165-3, et les modalités de dispense d'avance de frais.</p> | <p>12° Au premier alinéa de l'article L. 165-6, les mots : « d'un arrêté pris » sont remplacés par les mots : « d'une décision prise ».</p> | <p>12° Non modifié</p> |
| <p>Code de la santé publique</p> | <p>II. - La dernière phrase de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique est rédigée ainsi qu'il suit : « Les conditions d'utilisation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles sont arrêtés conjointement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »</p> | <p>II. – Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 5126-4.</i> - Dans l'intérêt de la santé publique, le ministre chargé de la santé arrête, par dérogation aux dispositions de l'article L. 5126-1, la liste des médicaments que certains établissements de santé, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, sont autorisés à vendre au public, au détail et dans le respect des conditions prévues aux articles L. 5123-2 à L. 5123-4. Les conditions d'utilisation, le prix de cession des médicaments, le cas échéant, dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale et le prix de cession des dispositifs médicaux stériles sont arrêtés conjointement par les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale.</p> | <p>Article 26</p> | <p>Article 26</p> |
| <p>Après l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-2 ainsi rédigé :</p> | <p>« <i>Art. L. 162-21-2.</i> - Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un comité de l'hospitalisation. Ce comité contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p>« Les décisions relatives au</p> | <p>« <i>Art. L. 162-21-2.</i> - Il ...</p> <p>... sociale, un <i>conseil</i> de l'hospitalisation. Ce <i>conseil</i> contribue ...</p> | <p>... d'hospitalisation.</p> |
| <p>« Les décisions relatives au</p> | <p>« Les ...</p> | <p>« Les ...</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

financement des établissements de santé, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation, notamment celles portant sur les éléments mentionnés aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, sont prises après avis de ce comité. Le comité est également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des conséquences financières des accords ou protocoles d'accord passés entre l'Etat et les organisations syndicales. Il consulte les fédérations nationales représentatives des établissements de santé sur les dossiers dont il a la charge.

« La composition, les modalités de représentation des organismes nationaux d'assurance maladie et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté fixe la liste des décisions prises sur proposition du comité et détermine les conditions dans lesquelles le comité contribue à l'élaboration et au suivi de la réalisation

... prises sur la recommandation de ce conseil.

« Lorsque la décision prise est différente de la recommandation du conseil, elle est motivée. En cas de carence du conseil, le ministre l'informe de la décision prise, et le conseil donne un avis sur la décision.

« Le conseil donne également un avis sur les orientations de la politique salariale et statutaire et les conséquences financières de chaque projet d'accord ou de protocole d'accord destinés à être conclus entre l'Etat et les organisations syndicales.

« A la demande du ministre de la santé ou de la sécurité sociale, d'une organisation représentative des établissements de santé ou de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, il donne un avis sur les projets de textes réglementaires fixant des nouvelles normes de sécurité sanitaire applicables aux établissements de santé. L'avis comporte notamment l'évaluation de l'impact financier et organisationnel des mesures projetées sur les établissements.

« Le conseil consulte les fédérations nationales représentatives des établissements de santé sur les dossiers dont il a la charge. Il peut commander des études à des organismes extérieurs. »

Amendement n° 3874

Alinéa sans modification

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p><i>Art. L. 162-22-18.</i> - Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.</p> | <p>des objectifs de dépenses d'assurance maladie. »</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 27</p> <p>Sans modification</p> |
| <p>Cette sanction est prise par l'Etat à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique. Elle est notifiée à l'établissement.</p> | <p>Article 27</p> <p>I. - L'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>« 1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « Cette sanction est prise par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les médecins conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du code de la santé publique en application du programme de contrôle régional établi par ladite commission.</p> | |
| <p>Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité ou une prestation en particulier, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de cette activité ou prestation, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.</p> | <p>« 2° La deuxième phrase du troisième alinéa est ainsi rédigée :</p> <p>« Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, prestation ou ces séjours, dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. »</p> | |
| <p>Code de la santé publique</p> | <p>II. - A l'article L. 6115-4 du code de la santé publique, après le quatrième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> | |
| <p><i>Art. L. 6115-4.</i> - 3° L'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou, à défaut, son contenu ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 6114-1 à L. 6114-3.</p> | <p>« 4° Les sanctions financières applicables aux établissements de santé</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| | prévues à l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale. » | |
| | Section 4 | Section 4 |
| Code de la sécurité sociale | Dispositif conventionnel | Dispositif conventionnel |
| <p><i>Art. L. 162-15.</i> - Les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13, leurs annexes et avenants sont transmis, au nom des parties signataires, 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>Article 28</p> <p>I. - L'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. - Au premier alinéa :</p> <p>1° Les mots : « et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 sont remplacés par les mots : « , l'accord cadre prévu à l'article L. 162-1-13 et les accords conventionnels interprofessionnels prévus à l'article L. 162-14-1 » ;</p> <p>2° Les mots : « , de l'agriculture, de l'économie et du budget » sont supprimés.</p> | <p>Article 28</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>A. -Non modifié</p> |
| <p>L'accord-cadre, les conventions, annexes et avenants sont approuvés par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget. Ils sont réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux signataires, dans le délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du texte, 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 des risques que leur application ferait</p> | <p>B. - Le deuxième alinéa est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans la première phrase, après les mots : « L'accord-cadre, », sont insérés les mots : « les accord conventionnels interprofessionnels, »</p> | <p>B. -Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>—</p> <p>courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p> | <p>2° Dans la deuxième phrase, les mots : « quarante-cinq jours » sont remplacés par les mots : « vingt et un jours » et les mots : « ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins » sont remplacés par les mots : « ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire » ;</p> <p>3° Les mots : « , de l'agriculture, de l'économie et du budget » sont supprimés.</p> | C. -Non modifié |
| <p>Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions divisibles, les ministres compétents peuvent, dans le délai prévu ci-dessus, disjoindre cette ou ces seules dispositions de l'approbation. Ils notifient cette disjonction à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. Ils peuvent également, dans les mêmes conditions, lorsque l'accord-cadre, une convention ou un avenant a pour objet de rendre opposables les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15, exclure certaines références de l'approbation dans l'intérêt de la santé publique. Il est fait mention de ces exclusions lors de la publication.</p> | <p>C. - Au troisième alinéa, après les mots : « de l'accord-cadre, », sont insérés les mots : « des accords conventionnels interprofessionnels, » et les mots : « à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationale d'assurance maladie concernées » sont remplacés par les mots « à l'union nationale des caisses d'assurance maladie ».</p> | D. -Alinéa sans modification |
| | <p>D. - Après le troisième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« L'opposition formée à l'encontre de l'un des accords mentionnés au premier alinéa par une ou plusieurs organisations syndicales représentant pour les médecins, d'après les résultats des élections aux unions régionales de médecins libéraux mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique, la majorité des suffrages exprimés et, pour les autres professions, au moins le</p> | « L'opposition ... |
| | | ... majorité <i>absolue</i> des suffrages exprimés ... |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p>—</p> <p>L'accord-cadre, les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.</p> <p>L'accord-cadre et la convention nationale sont applicables aux professionnels concernés qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cet accord-cadre ou cette convention, y adhérer.</p> | <p>double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33, fait obstacle à sa mise en oeuvre. »</p> <p>E. - Les deux derniers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« L'accord cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française. »</p> <p>« L'accord cadre, les conventions nationales, leurs avenants, le règlement et les accords de bon usage des soins mentionnés à l'article L. 162-12-17, sont applicables :</p> <p>« a) aux professionnels de santé qui s'installent en exercice libéral ou qui souhaitent adhérer à la convention pour la première fois s'ils en font la demande ;</p> <p>« b) Aux autres professionnels de santé tant qu'ils n'ont pas fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils ne souhaitent plus être régis par ces dispositions. »</p> <p>II. - Il est créé après l'article L. 162-15-1 du code de la sécurité sociale un article L. 162-15-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-15-2. - En l'absence d'opposition à leur reconduction formée, dans des conditions prévues par voie réglementaire, par l'un au moins des signataires ou par un ou plusieurs syndicats représentatifs des professions concernées, les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et l'accord-cadre prévu à l'article L. 162-1-13 sont renouvelés par tacite reconduction.</p> <p>III. - A. L'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> | <p>—</p> <p>... oeuvre. »</p> <p>Amendement n° 3875</p> <p>E. -Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-14-2. - I. – Non</p> |
| <p>Art. L. 162-14-2. - Les tarifs</p> | <p>« Art. L. 162-14-2. - I. - En cas</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| <p>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. Lorsque les ministres décident de ne pas mettre en oeuvre une modification de la nomenclature proposée en application du présent article, ils en informent les signataires des avenants concernés en leur communiquant les motifs de leur décision.</p> | <p>de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 ou d'opposition à la nouvelle convention dans les conditions prévues à l'article L. 162-15, un arbitre arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel des dépenses de santé.</p> <p>« Le projet est soumis aux ministres pour approbation et publication, selon les règles prévues à l'article L. 162-15, sous la forme d'un règlement ou d'une convention lorsque l'union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux y ont adhéré.</p> <p>« Les dispositions conventionnelles antérieures continuent de produire leurs effets jusqu'à la date d'entrée en vigueur du règlement ou de la convention.</p> <p>« Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de cinq ans. Toutefois, il cesse d'être applicable à compter de l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention. Les dispositions du présent article sont applicables à son renouvellement.</p> <p>« II. - L'arbitre est désigné par l'union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative des professionnels de santé libéraux concernés. A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formée dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article 162-15, il est désigné par le premier président de la Cour des comptes. »</p> | <p>modifié</p> <p>« II. - L'arbitre ...</p> <p>... par le <i>président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.</i> »</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p><i>Art. L. 162-5-9.</i> - 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.</p> <p>Le règlement conventionnel minimal s'applique en l'absence de convention nationale.</p> <p>II. - Le règlement conventionnel minimal est applicable à l'ensemble des médecins qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par ce règlement, y adhérer.</p> <p>Toutefois, sont considérés comme adhérents de plein droit à ce règlement les médecins adhérents à la convention nationale précédemment en vigueur, sauf s'ils font connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ses dispositions.</p> <p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13, après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi que, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et, en tant que de besoin, 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. Ce règlement fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassements autorisés.</p> <p><i>Art. L. 162-15-4.</i> - I. - A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexes pour cette convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p>B. - Les articles L. 162-5-9 et L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p>Amendement n° 3876 B. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|---|
| <p>salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments mentionnés au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.</p> | | |
| <p>II. - A défaut d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 162-14-1. – I.....</i> 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.</p> | <p style="text-align: center;">Article 29</p> <p>I. – Le I créé à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale par l'article 6 de la présente loi est complété par les dispositions suivantes :</p> <p>« 4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales de caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;</p> <p>« 5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie peuvent participer au</p> | <p style="text-align: center;">Article 29</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 5° Les ...</p> <p>... maladie <i>participent</i> au ...</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>Art. L. 162-11. – A défaut de convention nationale, les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux pour les soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés par des conventions conclues entre les caisses primaires d'assurance maladie et un ou plusieurs des syndicats les plus représentatifs de chacune de ces professions, dans la limite des tarifs fixés par arrêté interministériel.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 162-5-11. – Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en</p> | <p>financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la convention fixe l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elle fixe également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;</p> | <p>...déterminent ; Amendement n° 3877 « 6° Non modifié</p> |
| | <p>« 6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7. »</p> | <p>« Les dispositifs d'aides à l'installation des professionnels de santé prévus aux 4° et 5° du présent article font l'objet d'évaluations régionales annuelles communiquées aux conférences régionales ou territoriales de santé concernées prévues à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique. » Amendement n° 3878</p> |
| | <p>II. - Au premier alinéa de l'article L. 162-11 du même code, après les mots : « frais accessoires » sont insérés les mots : « et la participation au financement des cotisations prévue au 4° de l'article L. 162-14-1 ».</p> | <p>II. – Non modifié</p> |
| | <p>III. - Les articles L. 162-5-11, L. 645-2-1 et L. 722-4-1 du même code sont abrogés.</p> | <p>III. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|------------------------|-------------------------------|
| <p>—</p> <p>application de l'article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5.</p> | <p>—</p> | <p>—</p> |
| <p>Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré ou modulé par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le médecin a adhéré.</p> | | |
| <p>La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</p> | | |
| <p>La participation des caisses ne peut être allouée que si le médecin a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</p> | | |
| <p>La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les médecins ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent.</p> | | |
| <p>A 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, cette partie étant inférieure à celle résultant de la dernière convention.</p> | | |
| <p>Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 645-2-1.</i> – A défaut de convention nationale, le règlement conventionnel minimal prévu à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>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>IV. - A l'article L. 645-2 du même code, les deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas sont abrogés.</p> | <p>IV. - Non modifié</p> |
| <p>Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable</p> | | |
| <p><i>Art. L. 722-4-1.</i> - A 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. 722-4.</p> | | |
| <p>Toutefois, si l'application du règlement conventionnel ne résulte pas de l'arrivée à échéance de la convention, la minoration de la participation prévue à l'alinéa précédent n'est opérée qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 645-2.</i> - Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le professionnel de santé a adhéré, ainsi que les conditions dans lesquelles une modulation du niveau de la participation peut être également prévue pour le médecin qui adhère à un contrat de bonne pratique.</p> | | |
| <p>La participation prévue à l'alinéa</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</p> | <p>V. - Les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 722-4 du même code sont abrogés.</p> | <p>V. – Non modifié</p> |
| <p>La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</p> | | |
| <p>La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les clauses qu'elles déterminent.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 722-4. –</i></p> | | |
| <p>Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due. Un décret fixe le niveau de cette participation et les modalités de sa répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. Ce décret précise également les conditions dans lesquelles le niveau de la participation peut être majoré par le contrat de bonne pratique prévu à l'article L. 162-12-18 auquel le professionnel de santé a adhéré, ainsi que les conditions dans lesquelles une modulation du niveau de la participation peut être également prévue pour le médecin qui adhère à un contrat de bonne pratique.</p> | | |
| <p>La participation prévue à l'alinéa précédent n'est toutefois pas due aux médecins autorisés par la convention nationale à pratiquer des honoraires différents des tarifs qu'elle fixe.</p> | | |
| <p>La participation des caisses ne peut être allouée que si le professionnel concerné a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret.</p> | | |
| <p>La participation peut en outre être partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, pour les professionnels ne respectant pas les</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|-------------------------------|
| <p>clauses qu'elles déterminent.</p> <p>Les cotisations dues sur les avantages de retraite sont précomptées lors de chaque versement par l'organisme qui paie ces avantages. Un décret détermine les modalités de calcul et de recouvrement des cotisations dues par les bénéficiaires, ainsi que les exonérations accordées aux titulaires d'avantages de retraite dont les ressources sont insuffisantes.</p> <p><i>Art. L. 162-5-2.</i> – La ou les conventions prévoient la possibilité de mettre à la charge du médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales prévues au 6° de l'article L. 162-5 et au 3° de l'article L. 162-6-1 tout ou partie des cotisations prévues aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou de la prise en charge prévue à l'article L. 162-5-11. Elles fixent les conditions dans lesquelles le médecin présente ses observations.</p> <p>Lorsque la ou les conventions nationales prévoient la possibilité pour un médecin de pratiquer des tarifs différents de ceux qu'elles fixent, elles déterminent les modalités selon lesquelles le médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales visées à l'alinéa précédent acquitte une contribution d'un montant équivalent aux cotisations des caisses qui auraient été remises à sa charge s'il lui avait été fait application de l'alinéa précédent.</p> <p>Cette contribution est assise sur les revenus professionnels servant de base au calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Le produit de cette contribution est réparti entre les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article L. 162-5-11.</p> <p><i>Art. L. 162-12-3.</i> – La</p> | <p>VI. - L'article L. 162-5-2 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, les mots : « et au 3° de l'article L. 162-6-1 tout ou partie des cotisations prévues aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou de la prise en charge prévue à l'article L. 162-5-11. Elles fixent les conditions dans lesquelles le médecin présente ses observations » sont remplacés par les mots : « une contribution » ;</p> <p>2° Le deuxième alinéa est abrogé ;</p> <p>3° Au troisième alinéa, la dernière phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « Les niveaux de cette contribution, leurs modalités d'application, de modulation ou de répartition entre régimes sont définis dans la ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5. »</p> | <p>VI. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge de l'infirmier qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° de l'article L. 162-12-2 <i>tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2</i> ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures.</p> | <p>VII. - Aux articles L. 162-12-3 et L. 162-12-10 du même code, les mots : « tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou » sont supprimés.</p> | VII. – Non modifié |
| <p>..... <i>Art. L. 132-12-10.</i> - La convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5° de l'article L. 162-12-9 <i>tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2.</i></p> | <p>VIII. - L'article L. 162-12-18 du même code est modifié comme suit :</p> | VIII. – Non modifié |
| <p><i>Art. L. 162-12-18.</i> - Des contrats de bonne pratique sont définis, à l'échelon national par les parties aux conventions 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 et, à l'échelon régional, par les unions régionales des caisses d'assurance maladie et les représentants désignés par les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un contrat de bonne pratique qui peut ouvrir droit, en contrepartie du respect des engagements qu'il prévoit, à un complément forfaitaire de rémunération et à la majoration de la <i>participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.</i> Lorsqu'ils sont conclus au niveau régional, ces contrats doivent être conformes aux objectifs, thèmes et règles générales de mise en oeuvre mentionnés dans la convention nationale.</p> | <p>1° Au premier alinéa, les mots : « participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4 » sont remplacés par les mots : « participation prévue à l'article L. 162-14-1 » ;</p> | |
| <p>Le complément de rémunération ou la majoration <i>de participation</i> peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des</p> | <p>2° Au deuxième alinéa, les mots : « de participation » sont remplacés par les mots : « de la participation prévue à l'article</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|-------------------------------|
| pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats. | L. 162-14-2 ». | |
| <i>Art. L. 722-1-1.</i> - Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge, dans des conditions fixées par décret, une partie des cotisations dues, en application du 1° de l'article L. 612-1, par les médecins visés à l'alinéa précédent. | IX. - Le dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du même code est abrogé. | IX. – Non modifié |
| Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) | | |
| <i>Art. 25.</i> - I. - II. - Le fonds peut contribuer au financement des aides aux professionnels de santé mentionnés à l'alinéa précédent, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. <i>Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé.</i> | X. - 1° L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié : a) La deuxième phrase du troisième alinéa du II est abrogée ; | X. – Non modifié |
| IV. - L'attribution de certaines aides peut être déconcentrée, en étant confiée à des caisses locales ou des unions de caisses. Les modalités de déconcentration, de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des représentants des professionnels de santé exerçant en ville et des centres de santé ainsi que les aides éligibles à un financement par le fonds <i>et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce financement</i> sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. | b) Dans le IV, après les mots : « financement par le fonds », les mots : « et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce financement » sont supprimés. | |
| Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins | | |
| <i>Art. 4.</i> - Il est créé, au sein de la | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p>Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale.</p> <p>.....</p> <p>II. -</p> <p>3° A financer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. <i>Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé.</i></p> | <p>2° La deuxième phrase du 3 du II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est abrogée.</p> | <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Après l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-2 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« L. 183-1-2.- Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé, notamment dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Ces contrats prévoient des engagements des professionnels concernés portant notamment sur l'amélioration des pratiques et le cas échéant les dépenses d'assurance maladie prescrites par ces professionnels, ainsi que les modalités d'évaluation du respect de ces engagements. Ils peuvent prévoir des formes spécifiques de rémunération. Dans le cadre de ces contrats, il peut être dérogé aux dispositions de l'article L.162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade.</i></p> <p><i>« Les unions régionales des caisses d'assurance maladie transmettent pour avis ces contrats aux unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé publique. Cet avis est rendu dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception du texte par les unions susmentionnées. A l'expiration de ce délai, l'avis est</i></p> |
| <p>Code de la sécurité sociale</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Section 5</p> <p style="text-align: center;">Organisation de l'assurance maladie</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p><i>réputé favorable. Ces contrats sont soumis à l'approbation du directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. »</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 3879</p> <p style="text-align: center;"><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Les dispositions des conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-14-1 actuellement en vigueur, dont la date d'échéance intervient entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2004 sont prorogées jusqu'au 31 décembre 2004 .</i></p> <p style="text-align: center;">Amendement n° 3880</p> <p style="text-align: center;">Section 5</p> <p style="text-align: center;">Organisation de l'assurance maladie</p> |
| <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p><i>Art. L. 221-2. - La</i> caisse nationale de l'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle jouit de la personnalité juridique et de l'autonomie financière. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.</p> <p>Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.</p> <p><i>Art. L. 221-3. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 221-4, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est administrée par un conseil d'administration de trente-trois membres comprenant :</i></p> <p>1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs</p> | <p style="text-align: center;">Article 30</p> <p>I. - Il est ajouté à l'article L. 221-2 du code de la sécurité sociale un alinéa ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« La caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général. »</p> <p>II. - L'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>Art. L. 221-3. - Le conseil est composé :</i></p> <p style="padding-left: 80px;">« 1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs</p> | <p style="text-align: center;">Article 30</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>Art. L. 221-3. – Alinéa sans modification</i></p> <p style="padding-left: 80px;">« 1° Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---|
| <p>représentatives ; 3° Trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ; 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.</p> | <p>représentatives ; « 2° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et de représentants de la Fédération nationale de la mutualité française.</p> | <p>« 2° Alinéa sans modification</p> |
| <p>Siègent également, avec voix consultative :</p> | <p>« Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.</p> | <p>« <i>Le conseil est majoritairement composé de représentants visés au 1°.</i> Amendement n° 3881 Alinéa sans modification</p> |
| <p>1° Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;</p> | <p>« <u>Les membres du conseil sont désignés pour une durée de cinq ans.</u> Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> | <p>« Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> |
| <p>2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.</p> | <p>« Les organisations mentionnées au 1° désignent pour chaque siège un membre titulaire et un membre suppléant. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre, titulaire ou suppléant, un membre est désigné en remplacement pour la durée du mandat restant à courir.</p> | <p>Amendement n° 3882 Alinéa sans modification</p> |
| | <p>« Le directeur général assiste aux séances du conseil.</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |
| | <p>« Le conseil a pour rôle de déterminer :</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |
| | <p>« 1° Les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en oeuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention et des soins ;</p> | <p>« 1° Non modifié</p> |
| | <p>« 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en oeuvre ;</p> | <p>« 2° Non modifié</p> |
| | <p>« 3° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la caisse ;</p> | <p>« 3° Non modifié</p> |
| | <p>« 4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 ;</p> | <p>« 4° Non modifié</p> |
| | <p>« 5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;</p> | <p>« 5° Non modifié</p> |
| | <p>« 6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'usager ;</p> | <p>« 6° Non modifié</p> |
| | <p>« 7° Les axes de la politique de</p> | <p>« 7° Les ...</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|-------------------------|--|---|
| | <p>communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé ;</p> <p>« 8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ;</p> <p>« 9° Les budgets nationaux de gestion et d'intervention.</p> <p>« Le directeur général prépare les orientations mentionnées au 2°, les propositions mentionnées au 3° et les budgets prévus au 9° en vue de leur approbation par le conseil. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur général un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité des deux tiers de ses membres.</p> <p>« Le président du conseil et le directeur général signent la convention d'objectif et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1.</p> <p>« Le directeur général met en oeuvre les orientations fixées et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement.</p> <p>« Le conseil procède aux désignations nécessaires à la représentation de la caisse dans les instances ou organismes européens ou internationaux au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p> <p>« Le conseil peut être saisi par le ministre chargé de la sécurité sociale de toute question relative à l'assurance maladie.</p> <p>« Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.</p> <p>« Le conseil se réunit au moins une fois par trimestre sur convocation de son président. La convocation est de droit lorsqu'elle est demandée par l'un des ministres chargés de la tutelle de l'établissement. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage, il a voix prépondérante.</p> | <p>... santé dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute autorité de santé ;</p> <p>Amendement n° 3883</p> <p>« 8° Non modifié</p> <p>« 9° Non modifié</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p> <p>... l'établissement. Elle est également de droit sur demande de la moitié des membres du conseil. Le</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire. »

III. - Après l'article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 221-3-1. - Le conseil, saisi pour avis par le ministre chargé de la sécurité sociale, peut à la majorité des deux tiers de ses membres formuler son opposition à la proposition de nomination du directeur général.

« Le directeur général est nommé par décret pour une durée de cinq ans. Il ne peut être mis fin à ses fonctions qu'après avis du conseil.

« Le directeur général dirige l'établissement et a autorité sur le réseau des caisses régionales et locales. Il est responsable de leur bon fonctionnement. A ce titre, il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Il négocie et signe la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ainsi que les contrats pluriannuels de gestion.

« Il est notamment chargé pour ce qui concerne la gestion de la caisse nationale et du réseau des caisses régionales, locales et de leurs groupements :

« 1° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse nationale, à sa gestion administrative, financière et immobilière, et dans le cadre de cette gestion de contracter, le cas échéant, des emprunts ;

« 2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention et les budgets des différents fonds, de conclure au nom de la caisse toute

président ...

... prépondérante.

Amendement n° 3884 rect.

Alinéa sans modification

III. - Après l'article L. 221-3 du

...

... rédigé :

Amendement n° 3885

« Art. L. 221-3-1. - Alinéa sans modification

« Le...

... ans. *Avant*

ce terme, il ne peut ...

... conseil.

Amendement n° 3886

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

convention et d'en contrôler la bonne application ;

« 3° De prendre les mesures nécessaires à l'organisation et au pilotage du réseau des caisses du régime général ; il peut notamment définir les circonscriptions d'intervention des organismes locaux, prendre les décisions prévues aux articles L. 224-11, L. 224-12, L. 224-13 et L. 281-2, et confier à certains organismes, à l'échelon interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions communes;

« 4° D'assurer pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28 ;

« Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement.

« Le directeur général représente la caisse nationale en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse, et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

« Dans le cadre d'exercice de ses missions, le directeur général peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale ou régionale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion ou du contrat pluriannuel de gestion mentionné aux articles L. 227-1 et L. 227-3.

« Le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« Le ...

... Parlement. *Il informe dans les meilleurs délais outre le conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les commissions compétentes des assemblées, le ministre chargé de la sécurité sociale et le comité d'alerte visé à l'article L. 114-4-1 des circonstances imprévues susceptibles d'entraîner un dépassement de ces objectifs.*

Amendement n° 3887

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 221-4.</i> - Pour la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, et notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1, les compétences de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont exercées par une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.</p> <p>Les dispositions régissant le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.</p> | <p>clôture de chaque exercice.</p> <p>IV. - L'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 221-4.</i> - Sous réserve des dispositions particulières applicables à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la commission mentionnée à l'article L. 221-5 exerce pour cette branche les compétences dévolues au conseil mentionné à l'article L. 221-3, notamment les missions définies au 2° de l'article L. 221-1.</p> <p>« Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sont applicables à cette commission. ».</p> <p>V. - Le mandat des membres en fonction du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés prend fin à la date d'installation du nouveau conseil.</p> | <p>—</p> <p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – Non modifié</p> |
| | <p>Article 31</p> | <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>Les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national sont invitées, dans un délai d'un an après la publication de la présente loi, à soumettre au gouvernement et au parlement des propositions de réforme de la gouvernance de la branche des accidents du travail et maladies professionnelles, ainsi que, le cas échéant, d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.</i></p> |
| | <p>I. - Au titre VIII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé après le chapitre II un chapitre II <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« CHAPITRE II <i>BIS</i> « UNION NATIONALE DES</p> | <p>Amendement n° 3888</p> <p>Article 31</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|-------------------------|---|---|
| | <p>CAISSES D'ASSURANCE MALADIE « UNION NATIONALE DES ORGANISMES DE PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE</p> <p>« Section 1 « <i>Union nationale des caisses d'assurance maladie</i></p> <p>« <i>Art. L. 182-2-1.</i> - L'union nationale des caisses d'assurance maladie a pour rôle, dans le respect des objectifs de la politique de santé publique et des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale :</p> <p>« 1° De négocier l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes, et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1 et les centres de santé ;</p> <p>« 2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévues à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>« 3° De fixer la participation prévue en application des articles L. 322-2 et L. 322-3 ;</p> <p>« 4° D'assurer les relations de l'assurance maladie avec l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.</p> <p>« <i>Art. L. 182-2-2.</i> - L'union nationale des caisses d'assurance maladie est un établissement public national à caractère administratif. Elle est soumise au contrôle des autorités compétentes de l'Etat.</p> <p>« Celles-ci sont représentées auprès de l'union par des commissaires du Gouvernement.</p> <p>« <i>Art. L. 182-2-3.</i> - L'union nationale des caisses d'assurance maladie est dotée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général.</p> <p>« Le conseil est composé de :</p> | <p>Alinéa sans modification</p> <p>« UNION NATIONALE DES PROFESSIONS DE SANTE Amendement n° 3889 Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 182-2-1.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>« 1° De négocier <i>et signer</i> l'accord-cadre, ...</p> <p>... santé ; Amendement n° 3890 « 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 5° <i>De rendre un avis motivé et public sur les projets de lois et de décrets relatifs à l'assurance maladie.</i> Amendement n° 3891 « <i>Art. L. 182-2-2.</i> – Non modifié</p> <p>« <i>Art. L. 182-2-3.</i> – Non modifié</p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« 1° Douze membres désignés par le conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;

« 2° Trois membres désignés par le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés en son sein ;

« 3° Trois membres désignés par le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en son sein.

« Le collège des directeurs est composé :

« 1° Du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 2° Du directeur de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ;

« 3° Du directeur de la caisse centrale de mutualité sociale agricole.

« Le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dispose de deux voix. Il assure les fonctions de directeur général de l'union

« *Art. L. 182-2-4.* - Le conseil délibère sur :

« 1° Les orientations de l'union dans ses domaines de compétence ;

« 2° La participation mentionnée aux articles L. 322-2 et L. 322-3, sur proposition du collège des directeurs ;

« 3° Les orientations de l'union relatives aux inscriptions d'actes et de prestations prévues à l'article L. 162-1-7, sur la base des principes généraux définis annuellement par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« 4° Les orientations relatives à la négociation des accords, contrats et conventions qui sont de la compétence de l'union ;

« 5° Le budget annuel de gestion administrative.

« Le collège des directeurs prépare, en vue de son adoption par le conseil, un projet sur la participation

« *Art. L. 182-2-4.* – Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« 4° bis *Les projets de lois et de décrets transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ;*

Amendement n° 3892

« 5° Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

mentionnée au 2°. Le conseil peut, sur la base d'un avis motivé, demander au directeur un second projet. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers.

« Art. L. 182-2-5. - Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :

« 1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes, et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1 et les centres de santé ;

« 2° Négocie et signe les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion inter régime prévus à l'article L.183-2-3 ;

« Art. L. 182-2-6. - La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure la gestion administrative de l'union sous l'autorité du directeur général. Celui-ci exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et met en oeuvre les orientations fixées par le conseil.

« Art. L. 182-2-7. - Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois caisses nationales d'assurance maladie.

« Section 2

« **Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire**

« Art. L. 182-3-1. - L'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire regroupe des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le présent code et des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances. Cette union est dotée d'un conseil.

« L'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire émet des avis sur les

« Art. L. 182-2-5. – Alinéa sans modification

« 1° Négocie ...

... santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 ;

Amendement n° 3893

« 2° Non modifié

« Art. L. 182-2-6. – Non modifié

« Art. L. 182-2-7. – Non modifié

Division et intitulé sans modification

« Art. L. 182-3-1. - L'union ...

... code, de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et des entreprises ...

... conseil.

Amendement n° 3894 rect.

« L'union ...

... les

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p><i>Art. L. 162-5. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par la</i></p> | <p>décisions de l'union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 162-1-7, <u>à l'exception de celles mentionnées au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.</u></p> <p>« L'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire et l'union nationale des caisses d'assurance maladie examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels et les centres de santé portant sur leur champ respectif. Elles déterminent annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque. »</p> | <p><i>propositions de décisions ...</i></p> <p>... L. 162-1-7.</p> <p>Amendements n^{os} 3895 et 3896</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Section 3 « Union nationale des professions de santé « Art. L. 182-4-1. – L'union nationale des professions de santé regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé. « L'union nationale des professions de santé émet des avis sur les propositions de décisions de l'union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 322-4. « L'union nationale des professions de santé examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie et l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. »</p> <p>Amendement n^o 3897</p> <p>II. – Non modifié</p> |
| | <p>II. - 1^o Aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14, L. 162-15-4 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » et les mots : « la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par : « l'union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p> | |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

.....
Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes.

.....
Art. L. 162-9. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux sont définis par des conventions nationales conclues entre *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* et au moins une autre *caisse nationale d'assurance maladie* et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de chacune de ces professions.

.....
Art. L. 162-12-2. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* et au moins une autre *caisse nationale d'assurance maladie*.

.....
Art. L. 162-12-9. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs des organisations syndicales les plus représentatives des masseurs-kinésithérapeutes et *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* et au moins une autre *caisse nationale d'assurance maladie*.

.....
Art. L. 162-12-17. - Un ou des

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

accords de bon usage des soins peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions 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 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, en tant qu'ils concernent les médecins, par *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* ou par l'union régionale des caisses d'assurance maladie aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

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 de chaque profession concernée 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 de chaque profession concernée.

.....
Les accords régionaux sont approuvés par le directeur de *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, l'accord est réputé approuvé. Les accords nationaux ou régionaux entrent en vigueur à compter de leur publication.

.....
Les accords nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les accords régionaux

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—
sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les accords sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral.

Art. L. 162-12-18. —

Les contrats régionaux sont approuvés par le directeur de *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

.....

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Art. L. 162-12-20. - Ces contrats sont approuvés par le directeur de *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés*, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

.....

Les contrats nationaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* aux ministres chargés de la santé et de la

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—
sécurité sociale. Les contrats régionaux sont transmis dès leur entrée en vigueur par l'union régionale des caisses d'assurance maladie au représentant de l'Etat dans la région. Les contrats sont également transmis, en tant qu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.

Art. L. 162-14. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des directeurs de laboratoire d'analyses de biologie médicale et *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie.

.....
Art. L. 162-15-4. - I. - A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à défaut d'annexes pour cette convention, *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux éléments mentionnés au I de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

II. - A défaut d'accord entre les parties à la convention des médecins spécialistes ou en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, *la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés* et au moins une autre caisse nationale peuvent conclure un protocole relatif aux mesures mentionnées au deuxième alinéa du II de l'article L. 162-15-2 par spécialité ou groupe de spécialité avec au moins une organisation syndicale nationale de médecins de la spécialité ou du groupe de spécialité adhérente d'une

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.</p> | <p>2° L'article L. 162-5-12 du même code est modifié ainsi qu'il suit :</p> | |
| <p><i>Art. L. 162-32-1.</i> - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par la <i>Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie</i> et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.</p> <p>.....</p> | <p><i>Art. L. 162-5-12.</i> - La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L. 162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants <i>des caisses nationales d'assurance maladie</i> signataires de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.</p> <p>Lorsque les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, l'organisme gestionnaire conventionnel comporte deux sections. Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend, outre les <i>représentants des caisses mentionnées</i> à l'alinéa précédent, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins généralistes, soit les représentants des syndicats médicaux signataires de la convention des médecins spécialistes.</p> | <p>a) Au premier alinéa, les mots : « des caisses nationales d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « de l'union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « des représentants des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « des représentants de l'union mentionnée » ;</p> |
| <p>..... - de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>base d'une convention de financement passée avec <i>les caisses d'assurance maladie signataires</i> de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 ;</p> | <p>c) Au sixième alinéa, les mots : « les caisses d'assurance maladie signataires » sont remplacés par les mots : « l'union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 162-12-17. -</i></p> <p>Les accords régionaux sont approuvés par <i>le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie</i>, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, l'accord est réputé approuvé. Les accords nationaux ou régionaux entrent en vigueur à compter de leur publication.</p> | <p>3° Au septième alinéa des articles L. 162-12-17 et L. 162-12-20 ainsi qu'au quatorzième alinéa de l'article L. 162-12-18 du même code, les mots : « le directeur de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 162-12-18. -</i></p> <p>Les contrats régionaux sont approuvés par <i>le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie</i>, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. A l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.</p> | | |
| <p>..... <i>Art. L. 162-12-20. -</i></p> <p>Ces contrats sont approuvés par <i>le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie</i>, qui dispose d'un délai de quarante-cinq jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires ; à l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.</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,</p> | <p>4° A l'article L. 162-12-19 du même code, les mots : « de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale d'assurance</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|---|
| <p>et après consultation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou l'efficacité des pratiques, et 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> | <p>maladie » sont remplacés par les mots : « de l'union nationale des caisses d'assurance maladie ».</p> | |
| <p>LIVRE VIII Allocations aux personnes âgées - Allocation aux adultes handicapés - Allocation de logement sociale - Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants - Aides aux collectivités et organismes logeant à titre temporaire des personnes défavorisées ou gérant des aires d'accueil des gens du voyage</p> | <p>Article 32</p> <p>I. - Le livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un titre VII ainsi rédigé :</p> <p>« <i>TITRE VII</i> « DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTENU DES GARANTIES EN MATIÈRE DE SANTÉ BÉNÉFICIAIRES D'UNE AIDE « <i>Art. L. 871-1.</i> - Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, et des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles déterminant les prestations qui ne peuvent être prises en charge et celles qui le sont obligatoirement, ainsi que les conditions de prise en charge.</p> <p>« Ces règles sont fixées par arrêté après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. »</p> | <p>Article 32</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 871-1.</i> - Le ...</p> <p>... L. 242-1, dans ...</p> <p>... règles fixées par arrêté après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire.</p> <p>« Ces règles prévoient l'exclusion de la prise en charge de la majoration de participation des assurés et de leurs ayants droit visée à l'article L. 162-5-3 et des actes et prestations</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code général des impôts</p> <p><i>Art. 83.</i> - Le montant net du revenu imposable est déterminé en déduisant du montant brut des sommes payées et des avantages en argent ou en nature accordés :</p> <p>.....</p> <p><i>Art. 154 bis.</i> -</p> <p>Il en est également de même des primes versées au titre des contrats d'assurance groupe, prévues par l'article 41 modifié de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle et des cotisations aux régimes facultatifs mis en place dans les conditions fixées par les articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale par les organismes visés aux articles L. 644-1 et L. 723-1 du code de la sécurité sociale pour les mêmes risques et gérés dans les mêmes conditions, dans une section spécifique au sein de l'organisme.</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale issu du I du présent article s'appliquent, en ce qui concerne les opérations collectives en cours à la date de publication de la présente loi, à compter du 1^{er} juillet 2008.</p> <p>III. - Le premier alinéa du 1^o <i>quater</i> de l'article 83 du code général des impôts est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ; »</p> <p>IV. - Le deuxième alinéa du I de l'article 154 <i>bis</i> du code général des impôts est complété par les mots : « , à</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p><i>pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-46.</i></p> <p><i>« Elles prévoient également la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention, aux consultations du médecin traitant et aux prescriptions de celui-ci et enfin des actes et prestations réalisés dans le cadre du protocole de soins visé à l'article L. 324-1. »</i></p> <p>Amendement n° 3898</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III. – Non modifié</p> <p>IV. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <i>Art. 995.</i> - Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances : | condition, lorsque ces cotisations ou primes financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ». V. - L'article 995 du code général des impôts est ainsi modifié : | V. – Non modifié |
| 15° Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture <i>et que</i> les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ; | 1° Au 15°, les mots : « et que » sont remplacés par le mot : « , que ». L'alinéa est complété par les mots : « et que le contrat ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale » ; | |
| 16° Les contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré. | 2° Le 16° est complété par les mots : « et que le contrat ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ». | |
| <i>Art. L. 242-1.</i> - 2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement de prestations complémentaires de prévoyance. | VI. - Le huitième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 ; ». | VI. – Non modifié |
| Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 | VII. - Après l'article 9 de la loi | VII. – Non modifié |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|--|
| <p>—</p> <p>renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques</p> | <p>du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est créé un article 9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. 9-1.</i> - Par dérogation à l'article 6, lorsque la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité inscrite sur les listes mentionnées au premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du même code est augmentée, l'organisme peut décider lors du renouvellement du contrat, que la part supplémentaire laissée à la charge de l'assuré n'est pas remboursée. »</p> | <p>—</p> <p><i>Article additionnel</i></p> <p><i>I.- Il est instauré un crédit d'impôt à la contribution due en application de l'article L. 862-4, pour les contrats d'assurance complémentaire santé individuels souscrits par des personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond mentionné au premier alinéa de l'article L. 861-1 et un plafond dont le montant est déterminé par décret.</i></p> <p><i>II.- La perte de recettes résultant de l'application de cette disposition est compensée à due concurrence par l'institution d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.</i></p> |
| <p>Code de la sécurité sociale</p> | <p>Article 33</p> | <p>Article 33</p> |
| <p><i>Art. L. 211-2.</i> - Chaque caisse primaire d'assurance maladie est administrée par un conseil d'administration de vingt-deux membres comprenant :</p> <p>1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;</p> <p>2° Huit représentants des</p> | <p>I. - Les articles L. 211-2 et L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« <i>Art. L. 211-2.</i> - Chaque caisse primaire d'assurance maladie est dotée d'un conseil et d'un directeur.</p> <p>« Le conseil est composé :</p> <p>« 1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de</p> | <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 211-2.</i> – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| <p>employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>3° Deux représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;</p> <p>4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.</p> <p>Siègent également, avec voix consultative :</p> <p>1° Un représentant des associations familiales désigné par l'union départementale des associations familiales ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse primaire, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;</p> <p>2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.</p> | <p>représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>« 2° De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et de représentants de la Fédération nationale de la mutualité française.</p> <p>« Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.</p> | <p>« Le directeur assiste aux séances du conseil. »</p> <p>Amendement n° 3901 rect.</p> <p>« Art. L. 211-2-1. – Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Les axes de la politique de gestion de risque, en application du contrat visé à l'article L. 183-2-3.</p> <p>Amendement n° 3900 rect.</p> <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p><i>Art. L. 212-2-1.</i> - Les conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie arrêtent chaque année, sur proposition du directeur, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. Ce plan détermine notamment, au vu des objectifs nationaux et régionaux et des évaluations des actions poursuivies les années précédentes, les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la caisse et l'échelon local du contrôle médical et, en tant que de besoin, les modalités de cette coordination.</p> | <p>« <i>Art. L. 211-2-1.</i> - Le conseil de la caisse primaire d'assurance maladie a pour rôle de déterminer, sur proposition du directeur :</p> <p>« 1° Les orientations du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3 ;</p> <p>« 2° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;</p> <p>« 3° Les axes de la politique de communication à l'égard des usagers.</p> <p>« Il est périodiquement tenu informé par le directeur de la mise en oeuvre des orientations qu'il définit et formule, en tant que de besoin, les recommandations qu'il estime nécessaires pour leur aboutissement. Il approuve, sur sa proposition, les budgets de gestion et d'intervention.</p> | |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

« Le conseil délibère également sur :

« 1° La politique d'action sanitaire et sociale menée par la caisse dans le cadre des orientations définies par la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique constituée à cet effet ;

« 3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;

« 4° L'acceptation et le refus des dons et legs ;

« 5° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.

« Il délibère sur le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.

« Le Conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.

« Le conseil peut, sur le fondement d'un avis motivé rendu à la majorité des deux tiers de ses membres, diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

« Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du Conseil, sont précisées par voie réglementaire.

« *Art. L. 211-2-2.* - Le directeur dirige la caisse primaire d'assurance maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en œuvre les orientations décidées par le conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité.

« Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion mentionnée à l'article L. 227-3.

« Il est notamment chargé :

« 1° De préparer les travaux du conseil, de mettre en œuvre les orientations qu'il définit et d'exécuter ses décisions ;

« 2° De prendre toutes décisions

Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° Non modifié

« 4° Non modifié

« 5° Non modifié

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« *Art. L. 211-2-2.* – Non modifié

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ;

« 3° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de conclure au nom de la caisse toute convention et d'en contrôler la bonne application.

« Le directeur représente la caisse en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il signe les marchés et conventions, est l'ordonnateur des dépenses et des recettes de la caisse, et vise le compte financier. Il recrute le personnel et a autorité sur lui. Il peut déléguer sa signature.

« Le directeur nomme les agents de direction dans les conditions prévues respectivement à l'article L. 217-6.

« Le directeur rend compte au conseil de la gestion de la caisse après la clôture de chaque exercice.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire. »

II. - Après l'article L. 217-3 du même code, il est inséré un article L. 217-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 217-3-1.* - Les directeurs et les agents comptables des organismes locaux et régionaux de la branche maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés nomme le directeur ou l'agent comptable après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il informe préalablement de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

« Le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés peut mettre fin à ses fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. Les modalités d'application du présent article sont

II. – Non modifié

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|-------------------------------|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 217-3.</i> - Les directeurs et les agents comptables des organismes régionaux et locaux sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> | <p>fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>III. - Le premier alinéa de l'article L. 217-3 du même code est complété par les mots : « sous réserve des dispositions prévues aux articles L. 217-3-1 et L. 217-3-2 ».</p> | <p>III. – Non modifié</p> |
| <p>.....</p> <p><i>Art. L. 217-6.</i> - Les directeurs des organismes auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre <i>proposent aux conseils d'administration la nomination des agents de direction autres que l'agent comptable</i> parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> | <p>IV. - A l'article L. 217-6 du même code, les mots : « proposent aux conseils d'administration la nomination des agents de direction autres que l'agent comptable » sont remplacés par les mots : « nomment les agents de direction ».</p> | <p>IV. – Non modifié</p> |
| <p><i>Art. L. 227-3.</i> - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration ou, selon le cas, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné.</p> | <p>V. - L'article L.227-3 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Toutefois, pour les organismes de la branche maladie autres que les caisses régionales, ces contrats sont signés par le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur de l'organisme concerné.</p> <p>« Les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion conclus avec les caisses primaires d'assurance maladie mentionnent également sa contribution au fonctionnement de l'union régionale mentionnée à l'article</p> | <p>V. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p>Art. L. 123-1. - En ce qui concerne le personnel autre que les agents de direction, <i>les agents comptables et les praticiens conseils</i>, les conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, de leurs unions ou fédérations, de leurs établissements et oeuvres sociales sont fixées par conventions collectives de travail et, en ce qui concerne d'une part le régime général, d'autre part le régime d'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés des professions commerciales, industrielles et artisanales, ainsi que le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles, par convention collective nationale.</p> <p>.....</p> | <p>L. 183-1. »</p> <p>VI. - Le mandat des membres en fonction des conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie prend fin à la date d'installation des nouveaux conseils.</p> <p>Article 34</p> | <p>VI. – Alinéa sans modification</p> <p><i>Pour l'application de la condition de renouvellement prévue au dernier alinéa de l'article L. 231-7 du code de la sécurité sociale, il n'est pas tenu compte du mandat interrompu par la présente loi.</i></p> <p>Amendement n° 3902</p> |
| | <p>I. - Après l'article L. 123-2 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 123-2-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 123-2-1. - Les conditions de travail des praticiens conseils exerçant dans le service médical du régime général et du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles font l'objet de conventions collectives spéciales qui ne deviennent applicables qu'après avoir reçu l'agrément de l'autorité compétente de l'Etat. »</p> | <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 123-2-1. - Les service du <i>contrôle médical</i> ...</p> <p>... l'Etat. »</p> <p>Amendement n° 3904</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| <p>Art. L. 224-7. - Le personnel des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales, d'assurance vieillesse et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale comprend :</p> <p>.....</p> <p>3°) des agents de droit privé régis, soit par un statut, soit par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Les praticiens-conseils du service du contrôle médical sont des agents de la caisse nationale de l'assurance maladie soumis à un statut de droit privé fixé par décret.</p> | <p>II. - L'article L. 224-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>A. - Au 3°, les mots : « soit par un statut, soit » sont supprimés ;</p> <p>B. - Au dernier alinéa, les mots : « soumis à un statut de droit privé fixé par décret » sont supprimés.</p> | <p>II. – Non modifié</p> |
| <p>Art. L. 615-13. -</p> <p>Les praticiens conseils du contrôle médical sont régis par un statut fixé par décret en Conseil d'Etat pris après avis du haut-comité médical de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p> | <p>III. - Le deuxième alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p> | <p>III. – Non modifié</p> |
| <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>TITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales</p> <p>Chapitre I^{er}</p> <p>Dispositions relatives aux prestations</p> | <p>IV. - Les dispositions des II et III du présent article s'appliquent à compter de la date d'entrée en vigueur des conventions collectives conclues en application de l'article L. 123-2-1 issu du I du présent article.</p> <p>Article 35</p> <p>I. - Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 5 ainsi rédigée :</p> <p>« Section 5 « Institut des données de santé « Art. L. 161-38. - Un groupement d'intérêt public dénommé « Institut des données de santé », régi par les dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France est constitué</p> | <p>IV. – Non modifié</p> <p>Article 35</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification « Art. L. 161-38. – Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|--|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 161-28-2.</i> - Afin de garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d'assurance maladie, il est créé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale un conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.</p> <p>Ce conseil est composé du président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ou son représentant, du président de la commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant, du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d'assurance maladie, des professions de santé et de personnalités qualifiées dans les domaines de l'information de santé ou des statistiques.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.</p> <p><i>Art. L. 161-28-4.</i> - Les organismes d'assurance maladie communiquent au Conseil pour la</p> | <p>—</p> <p>notamment entre l'Etat, des organismes nationaux d'assurance maladie, des organismes assurant une prise en charge complémentaire et des organismes représentant des professionnels de santé et des établissements de santé.</p> <p>« L'institut des données de santé a pour mission d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et de veiller à la mise à disposition des données issues des systèmes d'information de ses membres dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. »</p> <p>II. - Les articles L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p> | <p>—</p> <p>« L'institut ...</p> <p>... disposition de ses membres, de la Haute autorité de santé, des unions régionales des médecins libéraux ainsi que d'organismes désignés par décret en Conseil d'Etat, à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, des données issues des systèmes d'information de ses membres, dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.</p> <p>Amendement n° 3905</p> <p>II. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|--|
| <p>transparence des statistiques de l'assurance maladie la description précise des traitements des informations statistiques relatives aux soins de ville qu'ils mettent en oeuvre ainsi que les informations statistiques qu'ils produisent dans le domaine des soins de ville.</p> | <p>Section 6</p> <p>Organisation régionale</p> <p>Article 36</p> <p>I. - L'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale est modifié <u>ainsi qu'il suit</u> :</p> <p>A. - Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Elle établit notamment à cette fin un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie qui fait l'objet d'une actualisation annuelle.</p> <p>B. - Les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« L'union régionale promeut et évalue les actions de coordination des soins et la mise en oeuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé. Elle négocie et signe les différents accords prévus à cet effet.</p> | <p>Section 6</p> <p>Organisation régionale</p> <p>Article 36</p> <p>I. - L'article est <i>ainsi</i> modifié : Amendement n° 3906</p> <p>A. – Non modifié</p> <p>B. - Les quatrième à huitième alinéas ...</p> <p>... suivantes : Amendement n° 3907 « L'union ...</p> <p>... effet, <i>conformément aux orientations fixées dans les conventions visées à l'article L. 162-5.</i> Amendement n° 3908</p> |
| <p><i>Art. L. 183-1.</i> - Il est créé, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de la Corse, une union régionale des caisses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.</p> <p>.....</p> <p>L'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et des conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1, de définir dans son ressort territorial une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville, et de veiller à sa mise en oeuvre.</p> <p>A cette fin, elle détermine les actions prioritaires à mener, émet un avis sur les plans d'action des caisses des différents régimes, procède à leur suivi et à leur évaluation. Elle peut faire en tant que de besoin des recommandations visant à une plus grande efficacité et à une meilleure cohérence des actions menées par les différents régimes au plan local.</p> | <p>I. - L'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale est modifié <u>ainsi qu'il suit</u> :</p> <p>A. - Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Elle établit notamment à cette fin un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie qui fait l'objet d'une actualisation annuelle.</p> <p>B. - Les quatrième, cinquième, sixième, septième et huitième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :</p> <p>« L'union régionale promeut et évalue les actions de coordination des soins et la mise en oeuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé. Elle négocie et signe les différents accords prévus à cet effet.</p> | <p>I. - L'article est <i>ainsi</i> modifié : Amendement n° 3906</p> <p>A. – Non modifié</p> <p>B. - Les quatrième à huitième alinéas ...</p> <p>... suivantes : Amendement n° 3907 « L'union ...</p> <p>... effet, <i>conformément aux orientations fixées dans les conventions visées à l'article L. 162-5.</i> Amendement n° 3908</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p>Elle dispose du concours des services de l'échelon régional du contrôle médical du régime général. Elle coordonne l'activité des services du contrôle médical, au plan régional et local, de l'ensemble des régimes.</p> | <p>« L'union régionale a accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie, notamment ceux mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32. Elle est tenue informée par les organismes situés dans le ressort de sa compétence de tout projet touchant l'organisation et le fonctionnement des systèmes d'information.</p> | <p>« L'union régionale <i>est destinataire des données rendues anonymes</i> nécessaires à...</p> |
| <p>Elle peut être chargée de la mise en oeuvre dans le cadre régional des dispositifs de régulation prévus par la convention mentionnée à l'article L. 162-5-2 ou ses annexes.</p> | <p>« Pour la mise en oeuvre du programme prévu au troisième alinéa, l'union régionale bénéficie du concours des services administratifs des caisses et des services du contrôle médical de l'ensemble des régimes au plan régional et local situés dans son ressort territorial et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice de ses responsabilités.</p> | <p>...d'information. Amendement n° 3909 Alinéa sans modification</p> |
| <p>Elle contribue à la mise en oeuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.</p> | <p>« Un contrat de services, établi sur la base d'un contrat type défini par l'union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2-1, est conclu entre l'union régionale et les organismes de sécurité sociale concernés, et précise les objectifs et les moyens sur lesquels s'engagent les parties contractantes ainsi que les modalités selon lesquelles ces organismes apportent leur concours à l'union régionale.</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p>Elle mène avec les unions des médecins exerçant à titre libéral toutes les études utiles à la mise en oeuvre de ses attributions, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles et d'organisation et de régulation du système de santé.</p> | <p>« La gestion administrative de l'union régionale peut être confiée à un organisme local d'assurance maladie par décision du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Une convention entre l'union régionale et l'organisme concerné précise, en tant que de besoin, les conditions dans lesquelles cette gestion est assurée. »</p> | <p>Alinéa sans modification</p> |
| <p>Art. L. 183-2. - Le conseil d'administration de l'union est composé de représentants des régimes de base obligatoire d'assurance maladie ayant une représentation territoriale dans la région considérée.</p> | <p>II. - L'article L. 183-2 du même code est ainsi modifié :</p> <p>A. - Au premier alinéa, les mots : « d'administration » sont supprimés.</p> | <p>II. – Alinéa sans modification</p> <p>A. – <i>Aux premier et dernier alinéas</i>, les supprimés.</p> <p>Amendement n° 3910</p> |
| <p>Il est composé :</p> <p>- d'une part, pour au moins deux</p> | <p>B. - Au deuxième alinéa, les</p> | <p>B. - Au <i>troisième</i> alinéa, les...</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|---|
| <p>—</p> <p>tiers, <i>d'administrateurs des caisses primaires</i> d'assurance maladie du régime général associant à parité des représentants des assurés sociaux et des représentants des employeurs, ainsi que des représentants de la Fédération nationale de la mutualité française, désignés dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>.....</p> | <p>mots : « d'administrateurs des caisses primaires » sont remplacés par les mots : « de membres du conseil des caisses primaires » <u>sont supprimés.</u></p> <p>III. - Il est inséré après l'article L. 183-2 du même code trois articles L. 183-2-1 à L. 183-2-3 ainsi rédigés :</p> <p>« <i>Art. L. 183-2-1.</i> - Le conseil de l'union régionale délibère sur :</p> <p>« 1° Les orientations de l'organisation de l'union régionale ;</p> <p>« 2° Les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion mentionné à l'article L. 183-2-3 ;</p> <p>« 3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de l'union régionale ;</p> <p>« 4° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p> <p>« 5° La représentation de l'union dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p> <p>« Il approuve, sur proposition du directeur, les budgets de gestion et d'intervention. Ces propositions sont réputées approuvées par celui-ci sauf opposition de sa part, à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par voie réglementaire.</p> <p>« <i>Art. L. 183-2-2.</i> - Le directeur dirige l'union régionale des caisses d'assurance maladie .A ce titre, il exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et met en oeuvre les orientations fixées par le conseil.</p> <p>« Il est notamment chargé :</p> <p>« 1° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'union régionale, à sa gestion administrative, financière et immobilière ;</p> <p>« 2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de négocier et de conclure au nom de</p> | <p>—</p> <p>... primaires ».</p> <p>Amendements n^{os} 3911 et 3912</p> <p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 183-2-1.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 5° Non modifié</p> <p>« Il ...</p> <p>... approuvées <i>sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.</i></p> <p>Amendement n^o 3913</p> <p>« <i>Art. L. 183-2-2.</i> – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|--|
| <p>—</p> <p><i>Art. L. 183-3.</i> - Les directeurs et les agents comptables des unions régionales des caisses d'assurance maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>Pour chaque nomination, le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés propose au conseil d'administration de l'union une liste de trois noms. Le conseil d'administration choisit sur cette liste, à la majorité de ses membres, le candidat dont il propose la nomination. Le directeur de la caisse</p> | <p>—</p> <p>l'union régionale toute convention ou accord, notamment le contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion inter régime mentionné à l'article L. 183-2-3 et les accords avec les professionnels de santé de la compétence de l'union régionale, et d'en contrôler la bonne application.</p> <p>« <i>Art. L. 183-2-3.</i> - Un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion inter régimes est conclu entre chaque union régionale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 183-1 et l'union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2-1. Ce contrat met en oeuvre au plan régional les objectifs quantifiés d'amélioration de l'efficacité des soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage, précise les indicateurs associés à ces objectifs, les modalités d'évaluation des résultats des unions régionales et de mise en oeuvre de la modulation des ressources notamment en fonction de ces résultats.</p> <p>« Il précise par ailleurs le niveau des moyens que l'union nationale des caisses d'assurance maladie estime nécessaires à la réalisation des objectifs fixés à chaque union régionale.</p> <p>« Le suivi des contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion conclu avec les unions régionales fait l'objet d'une synthèse annuelle établie par l'union nationale. »</p> <p>IV. - L'article L. 183-3 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 183-3.</i> - Les directeurs et agents comptables des unions régionales des caisses d'assurance maladie sont nommés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des directeurs de la caisse d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>« Le directeur général informe préalablement le conseil de l'union régionale concernée qui peut s'y</p> | <p>—</p> <p>« <i>Art. L. 183-2-3.</i> – Non modifié</p> <p>IV. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p>nationale procède en conséquence à ladite nomination.</p> <p>Si le conseil d'administration ne propose aucun des trois candidats figurant sur la liste susmentionnée dans un délai déterminé par décret, le directeur de la caisse nationale nomme l'un de ces candidats.</p> <p>Il peut être mis fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article pour un motif tiré de l'intérêt du service par le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés après avis du conseil d'administration de l'union régionale concernée, et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision du directeur devient exécutoire à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'administration de l'union régionale concernée peut s'y opposer par un vote à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.</p> <p>Les directeurs et les agents comptables sont salariés de l'union dans laquelle ils exercent leurs fonctions.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> | <p>opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.</p> <p>« Le directeur général de l'union nationale, peut mettre fin à leurs fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective.</p> <p>« Les fonctions de directeur de l'union régionale peuvent, le cas échéant, être assurées simultanément par le directeur d'un organisme local ou régional ou un praticien chef de l'échelon régional du service médical situé dans le ressort territorial de l'union.</p> <p>« Les fonctions d'agent comptable de l'union régionale peuvent, le cas échéant, être assurées simultanément par l'agent comptable d'un organisme local ou régional situé dans le ressort territorial de l'union. »</p> | |
| <p>Section 10 Réseaux</p> | <p>Article 37</p> <p>I. - L'intitulé de la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est remplacé par l'intitulé suivant : « Section 10 - Organisation des soins ».</p> <p>II. - Il est créé dans la même section une sous-section 1 intitulée : « Sous-section 1 - Réseaux » et comprenant les articles L. 162-43 à L. 162-46.</p> <p>III. - La section 10 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Sous-section 2</i> « Coordination des soins « <i>Art. L. 162-47.</i> - Une convention entre l'union régionale des</p> | <p>Article 37</p> <p>I. – Non modifié</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification « <i>Art. L. 162-47.- Une mission régionale de santé constituée entre</i></p> |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

caisses d'assurance maladie et l'agence régionale de l'hospitalisation prise après avis des représentants des établissements de santé et des représentants des professions libérales, détermine :

« 1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ;

« 2° Des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.

« Le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation établissent conjointement :

« 1° Le programme annuel des actions, dont ils assurent conjointement la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux ;

« 2° Le programme annuel de gestion du risque, dont ils assurent conjointement la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires ; ».

l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

« 1° Les...

... santé publique. Ces orientations ...

... L. 162-14-1 ;

« 2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins, des propositions...

... santé publique.

Alinéa supprimé

« 3° Le ...

... dont elle assure la conduite ...

... réseaux ;

« 4° Le ...

... dont elle assure la conduite ...

... ambulatoires.

« Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

« Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

Code de la santé publique

Le schéma d'organisation sanitaire comporte une annexe établie après évaluation de l'adéquation de l'offre de soins existante aux besoins de santé et compte tenu de cette évaluation et des objectifs retenus par le schéma d'organisation sanitaire.

Cette annexe précise :

.....
2° Les créations, suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds, transformations, regroupements et coopérations d'établissements nécessaires à la réalisation de ces objectifs.

IV. - Il est inséré dans l'article L. 6121-2 du code de la santé publique, après le quatrième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

« Sont jointes à cette annexe, à titre indicatif, les orientations établies par les directeurs de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et de l'agence régionale de l'hospitalisation en application des dispositions du I de l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. »

l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.

« Chaque année, la mission soumet les projets de programmes mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en œuvre de ces programmes.

« La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.

« La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en œuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.

« IV. - Il est inséré après le quatrième alinéa de l'article L. 6121-2 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :

« Sont ...

... par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, en application des dispositions du deuxième alinéa dudit article. »

Amendement n° 3914

Article additionnel

Un an après l'entrée en vigueur de la présente loi, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale désignent les régions qui, sur la base du volontariat, sont autorisées à mener pendant une durée de quatre ans une

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|--|
| <p align="center">Code de la sécurité sociale</p> <p align="center">Chapitre I^{er} Conseils d'administration</p> <p><i>Art. L. 121-1.</i> - Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, <i>le conseil d'administration</i> règle par ses délibérations les affaires de l'organisme.</p> <p><i>Art. L. 121-2.</i> - Les administrateurs disposent pour l'exercice de leur fonction de tous les moyens nécessaires, notamment en matière d'information, de documentation et de secrétariat, auprès de la caisse ou de l'organisme dans le conseil d'administration desquels ils siègent.</p> <p>.....</p> <p><i>Art. L. 151-1.</i> - Les décisions <i>des conseils d'administration</i> des caisses primaires et régionales d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, des caisses d'allocations familiales et des unions de recouvrement sont soumises au contrôle de l'autorité compétente de l'Etat.</p> <p>.....</p> <p>L'autorité compétente de l'Etat peut également suspendre, dans un délai déterminé, les décisions <i>d'un conseil d'administration</i> qui lui paraissent de nature à compromettre l'équilibre financier des risques. Si elle maintient sa décision, la caisse intéressée saisit la caisse nationale compétente. Cette décision demeure suspendue tant que <i>le conseil d'administration</i> de la caisse nationale ne l'a pas explicitement confirmée ou infirmée et que sa</p> | <p align="center">Article 38</p> <p>Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'intitulé du chapitre I^{er} du titre II du livre I^{er} est remplacé par l'intitulé suivant: « <i>CHAPITRE I^{er}</i> <i>« CONSEILS ET CONSEILS D'ADMINISTRATION</i></p> <p>2° A l'article L. 121-1, les mots : « le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil d'administration » ;</p> <p>3° A l'article L. 121-2, les mots : « et membres du conseil » sont ajoutés après le mot : « administrateurs » ;</p> <p>4° A l'article L. 151-1, au premier alinéa, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « des conseils ou des conseils d'administration » ; dans la première phrase du troisième alinéa les mots : « d'un conseil » sont remplacés par les mots : « d'un conseil ou d'un conseil » et dans la dernière phrase de cet alinéa, les mots : « le conseil » sont remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil » ;</p> | <p align="center"><i>expérimentation tendant à la mise en place d'une agence régionale de santé, qui s'appuiera sur l'expérience tirée du fonctionnement des missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 161-47 du code de la sécurité sociale.</i></p> <p align="center">Amendement n° 3916</p> <p align="center">Article 38</p> <p align="center">Sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|-------------------------------|
| <p>délibération n'est pas devenue définitive conformément à l'article L. 226-4.</p> | <p>5° A l'article L. 153-5, les mots « le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil d'administration » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 153-5.</i> - Si le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale omet ou refuse d'inscrire aux budgets prévus à l'article L. 153-2 un crédit suffisant pour le paiement des dépenses rendues obligatoires par des dispositions législatives ou réglementaires ou par des stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat, le crédit nécessaire est inscrit d'office au budget correspondant par décision de l'organisme national. En cas de carence de ce dernier, l'autorité compétente de l'Etat procède elle-même à cette inscription d'office.</p> | <p>6° A l'article L. 153-8, les mots : « les conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou les conseils d'administration » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 153-8.</i> - Les conseils d'administration des organismes nationaux des régimes mentionnés à l'article L. 153-1 peuvent fixer, pour une durée de trois ans, les règles et les modalités d'évolution de leurs dépenses budgétaires. Ces délibérations sont soumises à l'approbation du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.</p> | <p>7° A l'article L. 200-3, les mots « les conseils d'administration » sont remplacés par les mots « le conseil ou les conseils d'administration » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 200-3.</i> - Les conseils d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont saisis, pour avis et dans le cadre de leurs compétences respectives, de tout projet de mesure législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans leur domaine de compétence et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale.</p> | <p>Les avis sont motivés.</p> <p>Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recevoir délégation des conseils des caisses nationales et de la commission prévue à l'article L. 221-4 pour examiner tout projet de texte relatif aux ressources du régime</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>général.</p> <p>Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi.</p> <p>Les conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission visée à l'article L. 221-4 peuvent faire toutes propositions de modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement et au conseil de surveillance. Le Gouvernement fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de nature réglementaire.</p> <p>Les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 sont habilités, dans le respect de l'équilibre financier de chacune des branches, à proposer des réformes au Gouvernement.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, et notamment les délais dans lesquels les conseils d'administration et la commission prévue à l'article L. 221-4 ou les commissions habilitées par eux à cet effet rendent leurs avis.</p> <p><i>Art. L. 221-1.</i> - La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :</p> <p>.....</p> <p>4°) d'exercer une action sanitaire et sociale et de coordonner l'action sanitaire et sociale des caisses régionales et des <i>caisses primaires d'assurance maladie</i> dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;</p> <p>.....</p> <p>7°) de mettre en oeuvre les actions conventionnelles <i>prévues par le 3° de l'article L. 162-6</i> ;</p> <p>.....</p> <p><i>Art. L. 221-5.</i> - La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.</p> | <p>8° A l'article L. 221-1, les mots situés au 4° après « caisses primaires d'assurance maladie » sont supprimés ; au 7° de cet article, les mots : « prévues par le 3° de l'article L. 162-6 » sont supprimés ;</p> <p>9° Aux deuxième, troisième, quatrième et sixième alinéa de l'article L. 221-5 du code de la sécurité sociale les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p> | |

Dispositions en vigueur

Texte du projet de loi

Propositions de la Commission

—
Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil *d'administration* de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil *d'administration* parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

.....
Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil *d'administration* de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil *d'administration* de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Art. L. 224-1. - Les conseils d'administration des caisses nationales de l'assurance maladie, des allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ainsi que de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent déléguer certaines de leurs attributions à des commissions comprenant des personnalités n'appartenant pas aux conseils et ayant la qualité d'administrateurs de caisse primaire d'assurance maladie, de caisse d'allocations familiales, d'union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ou encore, en ce qui concerne les accidents du travail, de membres des comités techniques nationaux mentionnés à l'article L. 422-1.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles de constitution de ces commissions et le mode de désignation

10° A l'article L. 224-1, les mots : « les conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou les conseils d'administration » ; après les mots : « la qualité », ajouter : « de membres du conseil ou » ;

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>de leurs membres par <i>les conseils d'administration</i> des caisses nationales intéressées.</p> | <p>11° A l'article L. 224-5-2, les mots : « composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « composé du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des directeurs » ;</p> | <p>—</p> |
| <p><i>Art. L. 224-5-2.</i> - L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs <i>composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</i>, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.</p> | <p>12° A l'article L. 224-9, les mots : « aux conseils d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « au conseil de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et aux conseils d'administration » ;</p> | <p>—</p> |
| <p>..... <i>Art. L. 224-9.</i> - Les articles L. 231-5 et L. 281-3 sont applicables <i>aux conseils d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie</i>, de la caisse nationale des allocations familiales, de la caisse nationale d'assurance vieillesse et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, ainsi qu'aux membres desdits conseils d'administration.</p> | <p>13° Au premier alinéa de l'article L. 224-10, les mots : « du conseil d'administration et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « du conseil et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des conseils d'administration, » ; au deuxième alinéa de cet article, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « du conseil ou des conseils d'administration » ;</p> | <p>—</p> |
| <p><i>Art. L. 224-10.</i> - Les délibérations <i>du conseil d'administration et de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés</i>, de la caisse nationale des allocations familiales, de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, à l'exception de celles qui, en vertu des dispositions législatives ou réglementaires, doivent être soumises à approbation, ne deviennent exécutoires que s'il n'y a pas opposition des autorités compétentes de l'Etat dans un délai fixé par décret en Conseil d'Etat .</p> | <p>Les décisions <i>des conseils d'administration</i> prises en application des conventions d'objectifs et de gestion, y compris celles relatives aux budgets de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs</p> | <p>—</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|-------------------------------|
| <p>salariés, de la Caisse nationale d'allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont exécutoires de plein droit vingt jours après la réception des délibérations par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition motivée de l'un ou l'autre d'entre eux.</p> | <p>14° A l'article L. 227-2, dans la première phrase, les mots : « le président du conseil d'administration et par le directeur » sont remplacés par : « le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur » ; dans la seconde phrase de ce même article les mots : « le directeur » sont remplacés par les mots : « le directeur général » ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 227-2.</i> - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par <i>le président du conseil d'administration et par le directeur</i> et, en ce qui concerne la convention d'objectifs et de gestion relative à la branche accidents du travail et maladies professionnelles, par le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et par <i>le directeur</i> de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 228-1.</i> - Il est institué respectivement auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une part pour la branche maladie, maternité, invalidité et décès, d'autre part pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un conseil de surveillance composé de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies ainsi que de personnalités qualifiées. Les conseils de surveillance institués auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont en outre composés de représentants des professions et établissements de santé.</p> | | |
| <p>..... Le conseil de surveillance</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|-------------------------------|
| <p>élabore son règlement intérieur. Le président du conseil de surveillance est un membre du Parlement désigné d'un commun accord par les deux Assemblées. Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale et le président de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, ainsi que <i>le directeur</i> de chaque organisme national assistent avec voix délibérative à ses délibérations. Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux réunions.</p> | <p>15° Au troisième alinéa de l'article L. 228-1, les mots : « le directeur » sont remplacés par les mots : « le directeur général ou le directeur » ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 231-1.</i> - Une même personne ne peut être <i>administrateur</i> de plusieurs caisses locales, de plusieurs unions de recouvrement ou de plusieurs caisses régionales du régime général de sécurité sociale.</p> | <p>16° A l'article L. 231-1, le mot : « administrateur » est remplacé par les mots : « membre du conseil ou administrateur » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 231-2.</i> - Le mandat des membres <i>des conseils d'administration</i> des organismes du régime général de sécurité sociale est de cinq ans.</p> | <p>17° A l'article L. 231-2, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « des conseils ou des conseils d'administration » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 231-3.</i> - I. - Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au <i>conseil d'administration</i> des organismes de sécurité sociale mentionnés aux titres I^{er} et II du présent livre désigne un nombre égal d'administrateurs suppléants.</p> | <p>18° A l'article L. 231-3, les mots : « conseil d'administration » et « conseils d'administration » sont respectivement remplacés par les mots : « conseil ou au conseil d'administration » et « conseils ou des conseils d'administration » ;</p> | |
| <p>Les suppléants sont appelés à siéger au <i>conseil d'administration</i> en l'absence des titulaires et à remplacer ceux dont le siège deviendrait vacant. Le nombre de suppléants est égal au nombre de titulaires. Lorsque le siège d'un de ses représentants titulaire ou suppléant devient vacant, l'organisation nationale concernée désigne un ou plusieurs nouveaux représentants. Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des <i>conseils d'administration</i>.</p> | <p>19° A l'article L. 231-4, les mots : « conseil d'administration » et « conseils d'administration » sont respectivement remplacés par les mots : « conseil ou du conseil d'administration » et « conseils ou des conseils d'administration » ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 231-4.</i> - En cas de dissolution du <i>conseil d'administration</i> d'un organisme du régime général de sécurité sociale au cours des quatre premières années suivant sa désignation, il est procédé à de nouvelles désignations pour la durée du mandat</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|-------------------------------|
| <p>restant à courir jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des <i>conseils d'administration</i>.</p> | <p>20° Au début de l'article L. 231-5 sont ajoutés les mots : « Le membre du conseil ou » ; dans le second alinéa de cet article les mots : « conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « d'un conseil ou d'un conseil d'administration » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 231-5.</i> - L'administrateur révoqué ne peut être désigné à ces mêmes fonctions pendant une durée de quatre ans à dater de l'arrêté de révocation.</p> | <p>21° A l'article L. 231-6, les mots : « des conseils d'administration » et « administrateurs » sont respectivement remplacés par les mots : « des conseils ou des conseils d'administration » et « membres du conseil ou administrateurs » ;</p> | |
| <p>En cas de dissolution d'un <i>conseil d'administration</i>, les membres dudit conseil ne peuvent être désignés aux mêmes fonctions avant l'expiration d'un délai de quatre ans.</p> | <p>22° A l'article L. 231-6-1, au premier alinéa le mot : « administrateur » est remplacé par les mots : « membre du conseil ou administrateur », et au 3° les mots « d'administration » sont supprimés. » ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 231-6.</i> - Les membres des <i>conseils d'administration</i> doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de soixante-cinq ans au plus à la date de leur nomination, n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 6 et L. 7 du code électoral et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle prononcée en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou dans les cinq années précédant la date susmentionnée à une peine contraventionnelle prononcée en application de ce code.</p> | <p>23° A l'article L. 231-7, les mots : « conseils d'administration » et « conseil d'administration » sont respectivement remplacés par : « conseils ou conseils d'administration » et « conseil ou du conseil d'administration » ;</p> | |
| <p>Toutefois la limite d'âge de soixante-cinq ans n'est pas applicable aux <i>administrateurs</i> représentant des retraités désignés au titre des personnes qualifiées.</p> | <p>24° A l'article L. 231-8, les</p> | |
| <p><i>Art. L. 231-6-1.</i> - Ne peuvent être désignés comme <i>administrateur</i> ou perdent le bénéfice de leur mandat :</p> | | |
| <p>..... 3° Au conseil <i>d'administration</i> de la caisse primaire d'assurance maladie, les agents des sections locales de la caisse dont ils assurent une partie des attributions ;</p> | | |
| <p><i>Art. L. 231-7.</i> - Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des <i>conseils d'administration</i> des caisses locales, des caisses régionales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du <i>conseil d'administration</i>.</p> | | |
| <p>..... <i>Art. L. 231-8.</i> - Le conseil</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>d'administration d'une caisse siège valablement dès lors que le nombre de ses membres est supérieur à la moitié du nombre total des membres dont il est composé.</p> | <p>mots : « conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « conseil ou le conseil d'administration » ;</p> | <p>—</p> |
| <p><i>Art. L. 231-8-1. - Le conseil d'administration</i> règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception de celles déléguées par lui-même ou les caisses nationales à une union ou à un groupement d'organismes.</p> | <p>25° A l'article L. 231-8-1, les mots : « le conseil d'administration » et « du conseil d'administration » sont respectivement remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil d'administration » et « du conseil ou du conseil d'administration » ; dans la dernière phrase de l'article les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p> | |
| <p>Il oriente et contrôle l'activité de la caisse, en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Ces rapports comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers et, à l'exception des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, un rapport sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du <i>conseil d'administration</i> est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. Cette séance est publique.</p> | | |
| <p>Le <i>conseil d'administration</i> peut entendre toute personne ou organisation utile à son action. Le <i>conseil d'administration</i> des caisses primaires d'assurance maladie entend au moins deux fois par an les représentants des professions de santé.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 231-9. - Les employeurs</i> sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres <i>d'un conseil d'administration</i> d'un organisme de sécurité sociale, le temps nécessaire pour se rendre et participer aux séances plénières de ce conseil ou des commissions qui en dépendent.</p> | <p>26° A l'article L. 231-9, les mots : « d'un conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « d'un conseil ou d'un conseil d'administration » ; les mots : « administrateurs salariés » sont remplacés par les mots : « membres d'un conseil ou administrateurs salariés » ;</p> | |
| <p>Le temps passé hors de l'entreprise pendant les heures de travail par les <i>administrateurs salariés</i> pour l'exercice de leurs fonctions est assimilé à une durée de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés, du droit aux prestations d'assurances sociales et aux prestations familiales ainsi qu'au regard de tous les droits que le salarié tient du fait de son ancienneté dans l'entreprise.</p> | | |
| <p>Les absences de l'entreprise des <i>administrateurs salariés</i>, justifiées par</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>l'exercice de leurs fonctions, n'entraînent aucune diminution de leurs rémunérations et des avantages y afférents.</p> | | |
| <p>Les <i>administrateurs salariés</i>, travaillant en service continu ou discontinu posté, ont droit à un aménagement d'horaires de leur travail de façon à leur garantir un temps de repos minimum.</p> | | |
| <p>..... <i>Art. L. 231-10.</i> - Les employeurs sont tenus d'accorder aux salariés de leur entreprise, membres <i>d'un conseil d'administration</i> d'un organisme de sécurité sociale, sur leur demande, des autorisations d'absence pour leur permettre d'assister aux sessions de formation organisées pour l'exercice de leurs fonctions.</p> | <p>27° A l'article L. 231-10, les mots : « d'un conseil d'administration » et « des conseils d'administration » sont respectivement remplacés par les mots : « d'un conseil ou d'un conseil d'administration » et « des conseils ou conseils d'administration » ;</p> | |
| <p>Les organismes de sécurité sociale peuvent assurer, dans des conditions prévues par décret, le financement de la formation des membres <i>des conseils d'administration</i> des organismes de sécurité sociale pour les préparer à l'exercice de leurs fonctions.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 231-11.</i> - L'exercice du mandat <i>d'administrateur</i> ne peut être une cause de rupture par l'employeur du contrat de travail, à peine de dommages et intérêts au profit du salarié.</p> | <p>28° A l'article L. 231-11, les mots : « d'administrateur » et : « l'administrateur salarié » sont respectivement remplacés par les mots : « de membre du conseil ou d'administrateur » et « le membre du conseil ou l'administrateur salarié » ;</p> | |
| <p>Le licenciement par l'employeur d'un salarié exerçant le mandat <i>d'administrateur</i> ou ayant cessé son mandat depuis moins de six mois est soumis à la procédure prévue par l'article L. 412-18 du code du travail. Il en est de même du licenciement des candidats aux mandats <i>d'administrateur</i> dès la publication des candidatures et pendant une durée de trois mois.</p> | | |
| <p>Lorsque <i>l'administrateur salarié</i> est titulaire d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de travail temporaire, il bénéficie des mêmes garanties et protections que celles qui sont accordées par ce même article L. 412-18 aux délégués syndicaux titulaires de tels contrats.</p> | | |
| <p>..... <i>Art. L. 231-12.</i> - Les organismes de sécurité sociale ne peuvent, en aucun</p> | <p>29° A l'article L. 231-12, sont</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|-------------------------------|
| <p>cas, allouer un traitement à leurs <i>administrateurs</i>. Toutefois, ils leur remboursent leurs frais de déplacement.</p> <p>Ils remboursent également aux employeurs des <i>administrateurs salariés</i> les salaires maintenus pour leur permettre d'exercer leurs fonctions pendant le temps de travail ainsi que les avantages et les charges sociales y afférents.</p> <p>Les <i>administrateurs</i> des organismes de sécurité sociale ayant la qualité de travailleur indépendant peuvent percevoir des indemnités pour perte de leurs gains, fixées par arrêté ministériel.</p> <p><i>Art. L. 251-2.</i> - La caisse nationale de l'assurance maladie assure l'équilibre financier de la gestion des assurances maladie, maternité, invalidité, décès dans les conditions fixées aux articles ci-après. Elle prescrit aux caisses régionales et aux caisses primaires les mesures nécessaires à cette fin, sans préjudice de l'application des articles L. 252-1 et suivants du présent code.</p> <p><i>Art. L. 251-3.</i> - Si les ressources de la gestion des assurances maladie, maternité, invalidité et décès excèdent le montant des charges, les excédents constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés à un fonds de réserve propre à cette gestion.</p> <p>Si les ressources ne permettent pas d'assurer la couverture des charges de la gestion, l'équilibre financier de la caisse nationale doit être maintenu ou rétabli par un prélèvement sur le fonds de réserve, ou, à défaut, soit par une modification du taux des prestations, soit par une augmentation des cotisations, soit par une combinaison de ces mesures, dans des conditions et limites fixées par décret.</p> <p><i>Art. L. 251-4.</i> - Les décisions nécessaires au maintien ou au rétablissement de l'équilibre financier de la gestion mentionnée à l'article précédent sont prises par le conseil d'administration de la caisse nationale.</p> <p>Lorsqu'elles comportent une augmentation des cotisations, ces décisions ne sont exécutoires qu'après</p> | <p>ajoutés à la fin de la première phrase les mots : « ou aux membres de leur conseil », et les mots : « administrateurs salariés » et « administrateur » sont respectivement remplacés par les mots : membres du conseil ou administrateurs salariés » et « membre du conseil ou administrateur » ;</p> <p>30° Les articles L. 251-2, L. 251-3 et L. 251-4 sont abrogés ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>avoir été approuvées par décret pris sur le rapport des ministres intéressés.</p> | | |
| <p>En cas de carence du conseil d'administration, les autorités compétentes de l'Etat le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires.</p> | | |
| <p>Si cette mise en demeure reste sans effet, le Gouvernement procède au rétablissement de l'équilibre soit en se substituant au conseil d'administration de la caisse nationale, soit en usant des pouvoirs qu'il tient de la législation en vigueur.</p> | | |
| <p><i>Art. L. 262-1.</i> - Les caisses primaires et les caisses régionales exercent une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaires ainsi qu'une action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité dans le cadre de programmes définis par l'autorité compétente de l'Etat, après avis et proposition du conseil <i>d'administration</i> de la caisse nationale de l'assurance maladie et compte tenu de la coordination assurée par celle-ci conformément aux dispositions des 3° et 4° de l'article L. 221-1.</p> | <p>31° A l'article L. 262-1, les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p> | |
| <p><i>Art. L. 281-2.</i> - En cas de carence <i>du conseil d'administration</i> ou du directeur d'un organisme du régime général de sécurité sociale, l'organisme national compétent, à l'expiration d'un délai déterminé, peut, au lieu et place <i>du conseil d'administration</i> ou du directeur, ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette, lorsque la dépense ou la recette a un caractère obligatoire en vertu d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une décision de justice. En cas de carence de la caisse nationale, l'autorité compétente de l'Etat ordonne elle-même l'exécution de ladite dépense ou le recouvrement de ladite recette.</p> | <p>32° A l'article L. 281-2, les mots : « du conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « du conseil ou du conseil d'administration » ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 281-3.</i> - L'autorité compétente de l'Etat peut :</p> <p>1° en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence <i>du conseil d'administration</i> d'une caisse d'allocations familiales ou d'une caisse primaire ou régionale d'assurance</p> | <p>33° A l'article L. 281-3, les mots : « du conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « du conseil ou du conseil d'administration » ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|---|
| <p>maladie ou d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, suspendre ou dissoudre ce conseil et nommer un administrateur provisoire ;</p> <p>2° si les irrégularités ou la mauvaise gestion sont imputables à un ou plusieurs membres <i>du conseil d'administration</i>, révoquer ceux-ci, après avis dudit conseil.</p> <p><i>Art. L. 281-5.</i> - L'autorité compétente de l'Etat arrête, après avis du conseil <i>d'administration</i> de la caisse nationale de l'assurance maladie ou de la caisse nationale des allocations familiales selon le cas, les modèles de statuts et de règlement intérieur des caisses primaires et régionales d'assurance maladie et des caisses d'allocations familiales.</p> | <p>34° A l'article L. 281-5, les mots : « d'administration » sont supprimés. ;</p> | |
| <p>..... <i>Art. L. 281-6.</i> -</p> <p>Dans ce dernier cas, le conseil <i>d'administration</i> de la caisse nationale de l'assurance maladie et le conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales sont appelés l'un et l'autre à donner leur avis.</p> | <p>35° A l'article L. 281-6, les mots : « d'administration » sont supprimés pour la caisse nationale de l'assurance maladie.</p> | |
| <p>LIVRE I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE III Dispositions communes relatives au financement Chapitre I^{er bis} Prise en charge par l'Etat de certaines cotisations de sécurité sociale</p> | <p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE</p> <p>Article 39</p> <p>I. - L'intitulé du chapitre I^{er bis} du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est remplacé par l'intitulé suivant :</p> <p>« CHAPITRE I^{er} BIS « MESURES VISANT À GARANTIR LES RESSOURCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</p> | <p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE</p> |
| <p><i>Art. L. 131-7.</i> - Toute mesure</p> | <p>II. - L'article L. 131-7 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa, après les mots : « Toute mesure », sont insérés les</p> | <p>Article 39</p> <p>Sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>d'exonération, <i>totale ou partielle</i>, de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application.</p> | <p>mots : « de réduction ou », et les mots, « totale ou partielle », sont supprimés ;</p> | |
| <p>Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.</p> | <p>2° L'article est complété par quatre alinéas ainsi rédigés : « La règle définie au premier alinéa s'applique également : « 1° A toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée à la sécurité sociale instituée à compter de la publication de la loi n°.... du relative à l'assurance maladie ; « 2° A toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette de ces cotisations et contributions instituée à compter de la publication de la loi n°..... du relative à l'assurance maladie. » « A compter de la date de publication de la loi n°..... du relative à l'assurance maladie, tout transfert de charge opéré entre l'Etat et la sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale entre les régimes de sécurité sociale et le budget de l'Etat. »</p> | |
| <p><i>Art. L. 311-3.</i> - Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de</p> | <p>III. - Dans des conditions prévues par la loi de finances, une fraction supplémentaire, à hauteur de 1 milliard d'euros, du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts est perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> | |
| | Article 40 | Article 40 |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|--|
| <p>—</p> <p>l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> | <p>I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 26° Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail ».</p> | <p>—</p> <p>I. – <i>Avant le dernier alinéa de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p>Amendement n° 3917 Alinéa sans modification</p> |
| <p>Code du travail</p> <p><i>Art. L. 324-12.</i> - Les infractions aux interdictions mentionnées à l'article L. 324-9 sont recherchées par les officiers et agents de police judiciaire, les agents de la direction générale des impôts et de la direction générale des douanes, les agents agréés à cet effet et assermentés des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole, les inspecteurs du travail, les contrôleurs du travail et fonctionnaires de contrôle assimilés au sens de l'article L. 611-10, les officiers et les agents assermentés des affaires maritimes, les fonctionnaires des corps techniques de l'aviation civile commissionnés à cet effet et assermentés ainsi que les fonctionnaires ou agents de l'Etat chargés du contrôle des transports terrestres placés sous l'autorité du ministre chargé des transports, et constatées par ces agents au moyen des procès-verbaux transmis directement au parquet. Ces procès-verbaux font foi jusqu'à preuve contraire.</p> <p>.....</p> <p>A l'occasion de la mise en oeuvre de ces pouvoirs, ils <i>peuvent se faire présenter</i> :</p> <p>Les agents agréés susmentionnés des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole et les agents de la direction générale des impôts sont en outre habilités à entendre, en quelque lieu que ce soit et avec son consentement, <i>toute personne rémunérée</i> par l'employeur ou par un travailleur indépendant afin de connaître</p> | <p>II. - L'article L. 324-12 du code du travail est ainsi modifié:</p> <p>1° Au troisième alinéa, après les mots : « peuvent se faire présenter » sont insérés les mots : « les documents suivants, dont ils peuvent obtenir copie » ;</p> <p>2° Au dernier alinéa, après les mots : « toute personne rémunérée » sont insérés les mots : « , ayant été rémunérée ou présumée être ou avoir été</p> | <p>II. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>la nature de ses activités, ses conditions d'emploi et le montant des rémunérations s'y rapportant, y compris les avantages en nature.</p> | <p>rémunérée » ;</p> <p>3° Le dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Ces auditions peuvent faire l'objet d'un procès verbal signé des agents précités et des intéressés. Ces agents sont en outre habilités à demander aux employeurs, aux travailleurs indépendants, aux personnes occupées dans l'entreprise ou sur le lieu de travail ainsi qu'à toute personne dont ils sont amenés à recueillir les déclarations dans l'exercice de leur mission de justifier de leur identité et de leur adresse. »</p> | III. – Non modifié |
| <p><i>Art. L. 324-14.</i> - Toute personne qui ne s'est pas assurée, lors de la conclusion d'un contrat dont l'objet porte sur une obligation d'un montant au moins égal à 3 000 euros en vue de l'exécution d'un travail, de la fourniture d'une prestation de services ou de l'accomplissement d'un acte de commerce, que son cocontractant s'acquitte de ses obligations au regard de l'article L. 324-10, ou de l'une d'entre elles seulement, dans le cas d'un contrat conclu par un particulier pour son usage personnel, celui de son conjoint ou de ses ascendants ou descendants, sera tenue solidairement avec celui qui exerce un travail dissimulé :</p> | <p>III. - Le premier alinéa de l'article L. 324-14 du code du travail est ainsi modifié :</p> <p>1° Après les mots : « la conclusion d'un contrat » sont insérés les mots : « et tous les six mois, jusqu'à la fin de l'exécution du contrat » ;</p> <p>2° Les mots : « qui exerce un travail dissimulé » sont remplacés par les mots : « qui a fait l'objet d'un procès-verbal pour délit de travail dissimulé ».</p> | III. – Non modifié |
| <p>.....</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> | Article 41 | Article 41 |
| <p><i>Art. L. 136-2.</i> - I. - La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités</p> | | Sans modification |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| <p>exercées par les personnes mentionnées aux articles L. 311-2 et L. 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L. 382-3.</p> | <p>I. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5 % » est remplacé par le taux : « 3 % ».</p> | |
| <p>Sur le montant brut des traitements, indemnités autres que celles visées au 7° du II ci-dessous, émoluments, salaires, des revenus des artistes-auteurs assimilés fiscalement à des traitements et salaires et des allocations de chômage, il est opéré une réduction représentative de frais professionnels forfaitairement fixée à 5 p. 100 de ce montant.</p> | <p>II. - L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :</p> | |
| <p>.....</p> <p><i>Art. L. 136-8.</i> - I. - Le taux des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 est fixé à 7,50 p. 100, sous réserve des taux fixés au III de l'article L. 136-7-1.</p> | <p>1° Le I est ainsi rédigé :</p> <p>« I. - Le taux des contributions sociales est fixé :</p> <p>« 1° A 7,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-1 ;</p> <p>« 2° A 8,2 % pour les contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-6 et L. 136-7 ;</p> <p>« 3° A 9,5 % pour la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-7-1, sous réserve des taux fixés au III de l'article L. 136-7-1. »</p> | |
| <p>II. - Par dérogation au I, sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les pensions de retraite et d'invalidité, les allocations de chômage et de préretraite ainsi que les indemnités et allocations visées au 7° du II de l'article L. 136-2.</p> | <p>2° Le II est ainsi rédigé :</p> <p>« II. - Par dérogation au I :</p> <p>« 1° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations de chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 ;</p> <p>« 2° Sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite. »</p> | |
| <p>.....</p> <p>IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 p. 100 au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,05 %, au fonds institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles</p> | <p>3° Le IV est ainsi rédigé :</p> <p>« IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé :</p> <p>« 1° A la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 % et, par dérogation, de 1,08 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|-------------------------------|
| <p>pour la part correspondant à un taux de 0,1 % et, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, aux régimes obligatoires d'assurance maladie pour la part correspondant à un taux de 5,25 % pour les revenus visés au I, de 3,95 % pour les revenus visés au II ou de 3,8 % pour les revenus visés au III. Le produit des contributions visées au III de l'article L. 136-7-1 est réparti au prorata des taux visés dans le présent paragraphe.</p> | <p>« 2° Au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,05 % et, par dérogation, de 1,03 % pour les revenus visés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;</p> <p>« 3° Au fonds institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles pour la part correspondant à un taux de 0,1 % ;</p> <p>« 4° Aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1, pour la part correspondant à un taux :</p> <p>« a) Sous réserve des dispositions du g, de 5,25 % pour les revenus mentionnés au 1° du I ;</p> <p>« b) De 7,25 % pour les revenus mentionnés au 3° du I ;</p> <p>« c) De 5,95 % pour les revenus mentionnés au 2° du I ;</p> <p>« d) De 3,95 % pour les revenus mentionnés au 1° du II ;</p> <p>« e) De 4,35 % pour les revenus mentionnés au 2° du II ;</p> <p>« f) De 3,8 % pour les revenus mentionnés au III ;</p> <p>« g) De 5,29 % pour les revenus mentionnés à l'article L. 136-2 soumis à la contribution au taux de 7,5 % ;</p> <p>« Le produit des contributions mentionnées au III de l'article L. 136-7-1 est réparti dans les mêmes proportions que les contributions visées aux I et II du même article. »</p> | |
| <p><i>Art. L. 136-7-1. -</i></p> <p>III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisés dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques.</p> | <p>III. - Au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-7-1 du même code, les taux de : « 7,5 % » et de : « 10 % » sont respectivement remplacés par les taux de : « 9,5 % » et : « 12 % ».</p> | |
| <p>Cette contribution est, d'une part, de 7,50 p. 100 sur une fraction égale à 68 % du produit brut des jeux automatiques des casinos et, d'autre part, de 10 p. 100 prélevés sur tous les gains d'un montant supérieur ou égal à 1 500 euros, réglés aux joueurs par des bons de paiement manuels définis à</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|-------------------------------|
| l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos. | <p>IV. - Les dispositions du I du présent article sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2005.</p> <p>Les dispositions du II et III du présent article sont applicables :</p> <p>1° En ce qui concerne la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2005 ;</p> <p>2° En ce qui concerne la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du même code, aux revenus des années 2004 et suivantes ;</p> <p>3° En ce qui concerne la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du même code, aux produits de placements mentionnés au I de cet article, sur lesquels est opéré, à partir du 1^{er} janvier 2005, le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux produits de placements mentionnés au II du même article L. 136-7, pour la part de ces produits acquise et, le cas échéant, constatée à compter du 1^{er} janvier 2005 ;</p> <p>4° En ce qui concerne la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du même code, aux tirages, évènements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2004 ;</p> <p>5° En ce qui la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du même code, sur les sommes engagées à compter du 1^{er} janvier 2005 ;</p> <p>6° En ce qui concerne la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du même code, sur le produit brut des jeux et sur les gains réalisés à compter du 1^{er} janvier 2005.</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission | | | | | | | | | | |
|--|--|--|-----------|----|------------------|----|-----------------|----|----------|----|---|--|
| — | — | — | | | | | | | | | | |
| <p><i>Art. L. 245-5-2.</i> - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos au titre : Le taux de la contribution est fixé à 5 %.</p> <p><i>Art. L. 245-2.</i> -</p> <p>III. - Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.</p> <p>Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th align="center">Part de l'assiette correspondant aux rapports « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes</th> <th align="center">Taux de la contribution par tranche (en pourcentage)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td align="center">R < 6,5 %</td> <td align="center">16</td> </tr> <tr> <td align="center">6,5 % ≤ R < 12 %</td> <td align="center">21</td> </tr> <tr> <td align="center">12 % ≤ R < 14 %</td> <td align="center">27</td> </tr> <tr> <td align="center">R ≥ 14 %</td> <td align="center">32</td> </tr> </tbody> </table> | Part de l'assiette correspondant aux rapports « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes | Taux de la contribution par tranche (en pourcentage) | R < 6,5 % | 16 | 6,5 % ≤ R < 12 % | 21 | 12 % ≤ R < 14 % | 27 | R ≥ 14 % | 32 | <p align="center">Article 42</p> <p>I. - Au dernier alinéa de l'article L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5 % » est remplacé par le taux : « 10 % ».</p> <p>II. - Dans le tableau du III de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, les nombres « 16 », « 21 », « 27 » et « 32 » sont remplacés par les nombres « 20 », « 29 », « 36 » et « 39 » respectivement.</p> <p>III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1^{er} décembre 2005.</p> | <p align="center">Article 42</p> <p align="center">Sans modification</p> |
| Part de l'assiette correspondant aux rapports « R » entre l'assiette définie aux 1° à 3° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes | Taux de la contribution par tranche (en pourcentage) | | | | | | | | | | | |
| R < 6,5 % | 16 | | | | | | | | | | | |
| 6,5 % ≤ R < 12 % | 21 | | | | | | | | | | | |
| 12 % ≤ R < 14 % | 27 | | | | | | | | | | | |
| R ≥ 14 % | 32 | | | | | | | | | | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses TITRE IV Ressources Chapitre V Ressources autres que les cotisations Section 2 Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 43</p> <p>I. - A. Il inséré après la section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale une section 2 <i>bis</i> ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>Section 2 bis</i> « Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>Art. L. 245-6-1.</i> - Il est institué au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p style="padding-left: 40px;">« La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur les listes mentionnées au premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 43</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>Art. L. 245-6-1.</i> – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|---|---|
| <p><i>Art. L. 138-20.</i> - Les contributions instituées aux articles L. 137-6, L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1 et L. 245-5-1 sont recouvrées et contrôlées dans les conditions prévues à la présente section par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale peut requérir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, en particulier d'inspecteurs du recouvrement, pour assurer les actions de contrôle. Les agents habilités</p> | <p>remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. Le chiffre d'affaires concerné s'entend déduction faite des remises accordées par les entreprises.</p> <p>« Le taux de la contribution est fixé à 0,525 %. <u>La contribution est recouvrée et contrôlée par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les mêmes conditions que les cotisations du régime général de sécurité sociale. Les dispositions applicables sont les dispositions du code de la sécurité sociale en vigueur à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.</u> La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p> <p>« La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini au deuxième alinéa et réalisé au cours de l'année civile précédente par le taux défini au troisième alinéa. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p> <p>« Les modalités d'application du présente article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »</p> | <p>« Le 0,525 %. La contribution est exclue ...</p> <p>sociétés. Amendement n° 3918 Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> |
| | <p>II. - A l'article L. 138-20 du même code, les mots : « et L. 245-5-1 » sont remplacés par les mots : « L. 245-5-1 et L. 245-6-1 »</p> | <p>II. – Non modifié</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|-------------------------------|
| <p>peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions.</p> | <p>III. - Les dispositions des I et II du présent article s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au titre du chiffre d'affaires défini au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 réalisée au cours de l'année 2005 dont l'acompte sera payé au plus tard le 15 avril 2005.</p> | III. – Non modifié |
| | <p>IV. - Pour le calcul de la contribution due au titre des années 2005, 2006 et 2007 en application du premier alinéa de l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.</p> | IV. – Non modifié |
| | <p>Article 44</p> | <p>Article 44</p> |
| <p>Section 3 Cotisation sur les boissons alcooliques</p> | <p>I. - Au chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré après la section 3 une section 4 ainsi rédigée :</p> <p style="text-align: center;"><i>« Section 4 « Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. L. 245-13. - Il est institué, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés prévue par les articles L. 651-1 et suivants. Cette contribution additionnelle est assise, recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que celles applicables à la contribution sociale de solidarité des sociétés. Son taux est de 0,03 % . »</i></p> | I. – Non modifié |
| <p><i>Art. L. 241-2. - Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</i></p> | <p>II. - L'article L. 241-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé:</p> <p style="text-align: center;"><i>« 3° Le produit de la contribution</i></p> | II. – Non modifié |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</p> <p><i>Art. 1^{er}.</i> - Il est créé, à compter du 1^{er} janvier 1996 <i>et pour une durée de dix-huit ans et un mois</i>, un établissement public national à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale, appelé Caisse d'amortissement de la dette sociale.</p> <p><i>Art. 2.</i> - La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I et II de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III, IV, V et VI du même article.</p> <p><i>Art. 4.</i> -</p> <p>II. - La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations correspondant, d'une part, au financement des déficits accumulés par le régime général de sécurité sociale constatés au 31 décembre 1997 dans la limite de 75 milliards de francs et,</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p>additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés, prévue par l'article L. 245-13. »</p> <p>III. - Les dispositions du I s'appliquent au chiffre d'affaires, tel que défini à l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, déclaré au titre de la contribution sociale de solidarité des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2005.</p> <p>IV. - Les modalités du prélèvement visé à cet article et des dispositions prévues à l'article 40 seront revues sur la base d'un rapport remis au Parlement avant le 31 décembre 2007 portant sur le financement de l'assurance maladie.</p> <p style="text-align: center;">Article 45</p> <p>L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :</p> <p>1° A l'article 1^{er}, les mots : « et pour une durée de dix-huit ans et un mois » sont remplacés par les mots : « et jusqu'à extinction des missions mentionnées à l'article 4 » ;</p> <p>2° L'article 2 est ainsi rédigé : « Art. 2. - La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission, d'une part, d'apurer la dette mentionnée aux I, II et II <i>bis</i> de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux III, IV et V du même article » ;</p> <p>3° A l'article 4, il est inséré après le II un II <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> | <p style="text-align: center;">—</p> <p>III. – Non modifié</p> <p>IV. - Les ...</p> <p>... l'article 41 seront ... rapport du <i>Gouvernement</i> remis...</p> <p>... maladie. Amendements n°s 3919 et 3920</p> <p style="text-align: center;">Article 45</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° A ...</p> <p>... et <i>pour une durée de vingt-quatre ans et un mois</i> ».</p> <p>2° Non modifié</p> <p>« 3° <i>Après le II</i> de l'article 4, il est inséré <i>un paragraphe</i> ainsi rédigé :</p> |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>d'autre part, à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1998 dans la limite de 12 milliards de francs, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1^{er} janvier 1998.</p> | <p>« II <i>bis.</i> - La couverture des déficits cumulés de la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale arrêtés au 31 décembre 2003 et celui du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004. La couverture des déficits prévisionnels de la même branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans la limite de 15 milliards d'euros. Les montants et les dates des versements correspondants sont fixés par décret, après avis du secrétaire général de la commission instituée à l'article L. 114-1 du même code. » ;</p> | <p>« 4^o Dans le premier ...</p> <p>... II <i>bis</i> » ;</p> <p>« 5^o Dans les articles 14, 15, 16, 17 et 18, les années : « 2013 » et « 2014 » sont remplacés respectivement par les années : « 2019 » et « 2020 » ;</p> |
| <p>..... <i>Art. 7.</i> - Les ressources mentionnées à l'article 6 sont affectées prioritairement au service et à l'amortissement de la dette contractée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, en vue de satisfaire aux obligations <i>définies aux I et II</i> de l'article 4.</p> | <p>4^o Au premier alinéa de l'article 7, les mots : « <i>définies aux I et II</i> » sont remplacés par les mots : « <i>définies aux I, II et II bis</i> » ;</p> | |
| <p><i>Art. 14.</i> - I. - Il est institué une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement mentionnés aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1^o du III de l'article 15 ci-après, <i>perçus du 1^{er} février 1996 au 31 janvier 2014</i> par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même code.</p> | <p>5^o Au I de l'article 14, les mots : « <i>perçus du 1^{er} février 1996 au 31 janvier 2014</i> » sont remplacés par les mots : « <i>perçus à compter du 1^{er} février 1996</i> » ;</p> | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|--|--|---|
| <p>..... <i>Art. 15. - I. -</i> Cette contribution est établie chaque année, sous réserve des revenus des placements visés aux 3° et 4° du II de l'article 16 autres que les contrats en unités de comptes, sur les revenus de l'année précédente et jusqu'à ceux de l'année 2013. Toutefois, la contribution due sur les revenus de la première année d'imposition est assise sur les onze douzièmes des revenus de l'année 1995 ; <i>celle due en 2014 est assise sur un douzième des revenus de l'année 2013.</i></p> | <p>6° Au deuxième alinéa du II de l'article 15, les mots : « et jusqu'à ceux de l'année 2013 » et les mots : « celle due en 2014 est assise sur un douzième des revenus de l'année 2013 » sont supprimés ;</p> | <p>« 6° Dans l'article 19, le taux : « 0,5 % » est remplacé par le taux : « 0,65 % ».</p> |
| <p>..... III. - 1° Les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère perçus à compter du 1^{er} février 1996 <i>et jusqu'au 31 janvier 2014</i> et soumis en France à l'impôt sur le revenu. Pour l'application de ces dispositions, le 3° de l'article 83 et le a du 5 de l'article 158 du code général des impôts ne sont pas applicables. La déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts mentionne distinctement les revenus concernés ;</p> | <p>7° Au III de l'article 15 et au I de l'article 16, les mots : « et jusqu'au 31 janvier 2014 » sont supprimés ;</p> | <p>7° Supprimé</p> |
| <p><i>Art. 16. - I. -</i> Il est institué, à compter du 1^{er} février 1996 <i>et jusqu'au 31 janvier 2014</i>, une contribution prélevée sur les produits de placement désignés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II ci-après. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au II du même article.</p> | <p>8° Le IV de l'article 16 est supprimé ;</p> | <p>8° Supprimé</p> |
| <p>..... IV. - Les revenus de placement visés au II, acquis ou en ce qui concerne les placements visés du 3° au 9° du II ci-dessus, constatés à la date du 31 janvier 2014 et pour lesquels la contribution n'est pas encore exigible sont soumis à cette date à la contribution.</p> | <p>9° Au I de l'article 17, les mots : « et jusqu'au 31 janvier 2014 » sont supprimés ;</p> | <p>9° Supprimé</p> |
| <p><i>Art. 17. - I. -</i> Il est institué, à compter du 1^{er} février 1996 <i>et jusqu'au 31 janvier 2014</i>, une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité soumises à la</p> | | |

| Dispositions en vigueur | Texte du projet de loi | Propositions de la Commission |
|---|--|--|
| <p>taxe prévue par les articles 150 V <i>bis</i> et 150 V <i>quater</i> du code général des impôts et réalisées par les personnes désignées au I de l'article 14.</p> <p>.....</p> | <p>10° Au I de l'article 18, les mots : « et antérieurs 31 janvier 2014 » sont supprimés ;</p> | <p>10° <i>Supprimé</i></p> |
| <p>.....</p> <p>Art. 18. - I. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages, les événements sportifs et les émissions postérieurs au 1^{er} février 1996 <i>et antérieurs au 31 janvier 2014</i>. Cette fraction est égale à 58 p. 100 des sommes mises.</p> <p>.....</p> | <p>11° Aux II et III de l'article 18, les mots : « et le 31 janvier 2014 » sont supprimés.</p> | <p>11° <i>Supprimé</i> Amendement n° 3921</p> |
| <p>.....</p> <p>II. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction des sommes engagées en France au pari mutuel sur et hors les hippodromes entre le 1^{er} février 1996 <i>et le 31 janvier 2014</i>. Cette fraction est égale à 70 p. 100 des sommes engagées.</p> <p>.....</p> | <p>.....</p> <p>III. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction du produit brut des jeux réalisé entre le 1^{er} février 1996 <i>et le 31 janvier 2014</i>, dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques. Cette fraction est égale à 600 p. 100 du produit brut des jeux dans les casinos.</p> <p>.....</p> | |

AMENDEMENTS NON ADOPTES PAR LA COMMISSION

Avant l'article 1^{er}

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

• I.- Il est institué un crédit d'impôt sur le revenu pour l'aide à la mutualisation au profit des personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond visé à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale et un montant précisé par décret correspondant à 1,4 fois le montant du salaire minimum interprofessionnel de croissance.

Seules les personnes dont les cotisations de prévoyance complémentaire ne s'imposent pas en vertu d'un accord collectif ou d'une décision unilatérale de l'employeur ou d'un contrat d'assurance de groupe peuvent prétendre au bénéfice de ce crédit d'impôt.

II.- Le taux de ce crédit d'impôt varie entre 100 % et 0 % des frais engagés pour assurer une couverture complémentaire auprès des organismes visés à l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un montant déterminé par décret en fonction d'un prix moyen évalué après concertation avec ces organismes.

La dégressivité du taux est constante et fonction des ressources du contribuable déterminées dans les conditions prévues à l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale.

Les seuils et les taux correspondants du crédit d'impôt sont déterminés annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

III.- Le bénéfice du crédit d'impôt est limité aux sommes venant en déduction de l'impôt sur le revenu dû.

IV.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575A du code général des impôts.

• La santé est une priorité nationale. Le système de soins est conçu et organisé en fonction des besoins des usagers. Il contribue à l'égalité des chances. Il est l'expression de la solidarité nationale.

Le droit à la santé est garanti à chacun afin de lui permettre d'accéder sur l'ensemble du territoire à des soins de qualité.

Pour garantir ce droit, l'Etat définit les objectifs de santé publique en lien avec les professionnels de santé, les usagers et les gestionnaires du système d'assurance maladie. Il répartit les moyens et organise l'offre de soins de façon à assurer à chacun la protection de la santé.

Ces objectifs sont fondés sur la prévention et l'amélioration des soins, pour que chacun bénéficie des progrès de la médecine. Ils permettent de lutter contre les comportements à risque pour la santé.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Il est créé un article L. 1110-1-1 du code de la santé publique ainsi rédigé :

« Art. L. 1110-1-1.- Le système de santé en France contribue à la réalisation du droit fondamental à la protection de la santé au niveau européen et international. »

Article 1^{er}

(Article L. 111-2-1 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Au début du premier alinéa de cet article, insérer les deux phrases suivantes :

« La Nation fait le choix social et politique d'assurer le plus haut niveau de santé que lui permet la technique médicale. Elle crée les conditions objectives pour assurer le financement intégral de la prise en charge des soins et elle se donne les moyens financiers d'atteindre cet objectif dans l'intérêt des assurés sociaux. »

- Au début du premier alinéa de cet article, insérer la phrase suivante :

« La Nation assure à tous les citoyens, au moyen de la sécurité sociale, des moyens d'existence dans tous les cas où il sont incapables de se les procurer par le travail. »

- Rédiger ainsi la première phrase du premier alinéa de cet article :

« Elle concourt à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique, à la réduction des inégalités de santé, notamment par la promotion de la santé et par le développement du libre et égal accès aux soins et aux diagnostic sur l'ensemble du territoire ».

- Après le mot : « garantissant », rédiger ainsi la fin de la première phrase du premier alinéa de cet article :

« un haut de niveau de santé de la population et une sécurité sociale pour chacun indépendante des situations d'âge, de santé et de ressources. »

- Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, après les mots : « garantissant une protection », insérer les mots : « de haut niveau ».

Amendements présentés par Mme Martine Billard :

- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « indépendantes des situations », insérer les mots : « de revenus, ».

- A la fin du premier alinéa de cet article, remplacer les termes : « d'âge et de santé », par les termes : « d'âge, de santé et de nationalité pour toutes les personnes résidant sur le territoire de la République ».

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

- A la fin de la première phrase du premier alinéa de cet article, après le mot : « âge », insérer les mots : « , de ressources ».

(retiré en commission)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article :

« L'Etat garantit un accès effectif aux soins sur l'ensemble du territoire, et associe l'ensemble des acteurs de système de santé aux mesures appropriées qu'il prend pour assurer une bonne répartition de l'offre de soins. ».

(devenu sans objet)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article :

« L'assurance maladie garantit un libre et égal accès de tous les assurés sociaux aux soins nécessités par leur état, quel que soit leur lieu de résidence ».

(devenu sans objet)

- Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article :

« L'assurance maladie contribue à un égal accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins et à la prévention, sans discrimination ».

(devenu sans objet)

- Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article :

« Les régimes d'assurance maladie garantissent un accès effectifs de tous les assurés sociaux au soins par une prise en charge à 100 % de leurs dépenses de soins et de prévention. »

(devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article :

« L'Etat garantit un accès effectif aux soins sur l'ensemble du territoire, et associe l'ensemble des acteurs du système de santé aux mesures appropriées qu'il prend pour assurer une bonne répartition de l'offre de soins ».

(devenu sans objet)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Dans la première phrase du dernier alinéa de cet article, substituer au mot : « favorisent », le mot : « garantissent ».

(devenu sans objet)

- Après les mots : « aux soins », supprimer la fin de la première phrase du dernier alinéa de cet article.

(devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Dans la première phrase du dernier alinéa de cet article, après les mots « aux soins », insérer les mots : « de qualité ».

(devenu sans objet)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Après le mot : « médecine », supprimer la fin de la deuxième phrase du dernier alinéa de cet article.

(devenu sans objet)

• Après le mot : « veillent », rédiger ainsi la fin de la dernière phrase du dernier alinéa de cet article :

« au meilleur usage possible des ressources qui lui sont consacrées par les travailleurs du pays ».

(devenu sans objet)

• Après le mot : « veillent », rédiger ainsi la fin de la dernière phrase du dernier alinéa de cet article :

« au meilleur usage possible dans l'intérêt strict des assurés sociaux, des ressources qui lui sont consacrées par les travailleurs du pays ».

(devenu sans objet)

• Dans la dernière phrase du dernier alinéa de cet article, après le mot « ressources », insérer les mots : « et reçoivent selon leurs besoins ».

(devenu sans objet)

Amendement présenté par M. Jean-Michel Dubernard :

Dans la dernière phrase du dernier alinéa de cet article, substituer au mot : « lui », le mot : « leur ».

(devenu sans objet)

Après l'article 1^{er}

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

• A la troisième partie du code de la santé publique, il est créé un livre VIII ainsi rédigé :

« Livre VIII – Agence nationale de la santé au travail

« Titre unique

« Chapitre unique

« Art. L. 3711-6.- Il est créé une agence nationale de la santé au travail ayant pour mission d'exercer une fonction de veille et d'alerte sanitaire, d'assurer l'information des salariés et des médecins traitants, de contribuer à l'évaluation des risques professionnels et à la mise en place d'un tableau exhaustif des maladies professionnelles, et de contrôler le suivi post-professionnel réalisé par la médecine du travail ».

• Afin d'apporter une information indépendante sur la réalité des maladies contractées dans les établissements de santé, il est créé un Observatoire de la iatrogénie et des infections nosocomiales.

L'Observatoire de la iatrogénie et des infections nosocomiales est composé en particulier de représentants des associations de malades et d'usagers tel que définis par la loi du 4 mars 2002 et de représentants des professionnels de santé.

Sa composition, ses missions et son fonctionnement sont renvoyés à un décret en Conseil d'Etat ».

- Afin de lutter contre les inégalités en matière de santé, d'assurer la coordination des soins et de promouvoir la prévention dans le cadre des objectifs de santé publique déterminés par le Parlement, le Gouvernement met en place des Conférences nationales sur la politique de gestion des risques liés à des pathologies lourdes, avec l'ensemble des acteurs concernés.

- Le Gouvernement met en place une négociation sur les conditions d'application de la tarification à l'activité avec l'ensemble des acteurs concernés.

Par ailleurs, il instaure une mission d'accompagnement des établissements de santé pour la mise en place de cette réforme.

- Le Gouvernement met en place avant le 31 décembre 2004 des Etats généraux de la lutte contre l'alcoolisme avec l'ensemble des acteurs concernés.

- Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport avant le 31 décembre 2004 sur les conditions de création de services de promotion de la santé.

- Un rapport du Gouvernement sur les conditions de création d'un Institut national de recherche sur le vieillissement est transmis au Parlement avant le 31 décembre 2004.

- La dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation tel que définie à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale ne saurait être inférieure à 50 % des crédits dévolus à la tarification à l'activité.

- Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, insérer un nouvel article ainsi rédigé :

« *Art. L. 2132-2-2.*- La prévention, l'éducation, le suivi et la prise en charge des enfants en matière de santé lors de leur scolarité est une priorité. La médecine scolaire contribue à la réalisation de cette priorité. »

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Il est inséré un titre ainsi rédigé :

« TITRE I^{er}

« Politique de prévention des risques sanitaires

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Après l'article L.111-2 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 111-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-2-1.*- La sécurité sociale garantit à tous les travailleurs et leurs ayant droit, ainsi qu'à tous les inactifs, la prise en charge intégrale des charges de maladie. »

II.- En conséquence, les articles L. 322-2, L. 322-3, L. 322-4 sont abrogés.

- La première phrase du second alinéa de l'article 176-2 du code de la sécurité sociale est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes, chargé d'analyser toutes les causes de la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles et de proposer des moyens de les combattre efficacement, remet chaque année, au Parlement et au gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de cette sous déclaration. Elle dispose des statistiques établie par les caisses nationales de l'assurance maladie des travailleurs salariés comportant notamment une annexe indiquant, par caisse, le nombre et les motifs des refus de prise en charge des accidents du travail et maladies professionnelles rapportées au nombre de déclarations. »

• I.– Dans le premier alinéa de l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « à certaines périodes de la vie, » sont remplacés par les mots : « , chaque année, »

II.– Le même alinéa est complété par la phrase suivante :

« Les soins recommandés, les examens de dépistage prescrits à l'occasion de cette visite sont intégralement couverts par l'assurance maladie ».

• L'article L. 361-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Après les mots : « ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 371-1 », sont insérés les mots : « ou bénéficiant de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, telle que définie à l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, »

• Dans la deuxième phrase de l'article L. 432-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1. » sont supprimés.

• L'article L. 432-3 du code de la sécurité sociale est abrogé.

• L'article L. 432-5 du code de la sécurité sociale est abrogé.

• Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « une fraction du salaire annuel de la victime »

sont remplacés par les mots : « la moitié du salaire annuel de la victime ou à 70 % de ce salaire en cas d'incapacité de travail ou à partir de cinquante cinq ans. »

• A la fin du quatrième alinéa de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et au moins égal à un pourcentage déterminé. » sont supprimés.

• I. – Les articles L. 1411-10 à L. 1411-13 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 1411-10.*– Dans chaque région, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint-Pierre-et-Miquelon, un comité régional ou territorial de santé publique a pour mission de contribuer à la définition des objectifs régionaux de santé publique de l'Etat et de veiller à la coordination des programmes et des actions entrepris dans la région par la mise en place d'un plan régional de santé publique définis à l'article L.1411-12 du présent code.

« *Art L. 1411-11.*– Le comité régional ou territorial de santé publique est présidé par le Représentant de l'Etat dans la région, dans la collectivité territoriale de Corse et à Saint Pierre et Miquelon et par le Président du Conseil Régional ou le Président de l'assemblée territoriale. Il comprend notamment des représentants des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie et des associations d'usagers du système de santé ; des représentants des professionnels de santé et de l'union régionale des médecins libéraux ; des professionnels du secteur sanitaire et social ; des associations d'usagers et des représentants des structures d'éducation et d'observation de la santé sont en outre associés à ses travaux pour l'élaboration des objectifs.

« Les membres de ce comité sont nommés par arrêté du représentant de l'Etat.

« *Art. L. 1411-12.*– Le comité arrête un plan régional de santé publique. Ce plan régional comporte un ensemble coordonné de programmes et d'actions pluriannuels dans la région et notamment, un programme régional pour l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies, un programme de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement général, à la santé au travail, à la santé scolaire et un programme régional de statistiques et d'études en santé.

« *Art. L. 1411-13.*– Pour la mise en œuvre du plan régional de santé publique, le Comité peut passer des conventions types définies et fixées par décret avec l'Etat ; l'Institut de prévention et d'éducation pour la santé ; l'Institut de veille sanitaire ; l'agence régionale de l'hospitalisation ; la région, la collectivité territoriale de Corse et Saint Pierre et Miquelon ; les départements ainsi que le cas échéant

les communes ou groupements de communes engagés dans des actions de prévention ; l'union régionale des caisses d'assurance maladie et la caisse régionale d'assurance maladie ou dans les départements d'outre-mer, la caisse générale de sécurité sociale ou à Saint Pierre et Miquelon, la caisse de prévoyance sociale. D'autres structures dans le domaine de la santé publique, de l'éducation pour la santé, de l'observation de la santé peuvent passer convention avec le Comité.

« II.- Les programmes régionaux de santé mentionnés à l'article L. 1411-3-3 dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi et en cours à cette date sont poursuivis jusqu'à leur terme.

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

- Le dernier alinéa de l'article L. 2325-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Dans les mêmes conditions que prévues à l'alinéa précédent, un contrôle médical de prévention et de dépistage est effectué chaque année pendant tout le cours de la scolarité obligatoire et proposée au-delà de cet âge limite. La surveillance sanitaire des élèves et étudiants scolarisés est exercée avec le concours d'un service social en lien avec le personnel médical des établissements. Un décret pris en Conseil d'Etat fixe les modalités du suivi sanitaire des élèves et étudiants. »

- Après l'article L. 242-10-1 du code du travail, il est créé un article L. 242-10-1 *bis* ainsi rédigé :

« Le médecin du travail est habilité à proposer au chef d'entreprise des mesures préventives quant aux risques professionnels et aux organisation du travail, notamment en cas de restructuration.

« Il informe, le cas échéant, les délégués du personnel et CHSCT de ces propositions.

« Le chef d'entreprise est tenu de prendre en considérations ces propositions et, en cas de refus, de faire connaître les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite et informe le délégué du personnel et membre du CHSCT.

« En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail, après avis du médecin inspecteur régional du travail. »

- Dans le premier alinéa du I de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, après les mots : « aux salariés et anciens salariés des établissements », sont insérés les mots : « ou les sites ».

- Dans le deuxième alinéa (1°) du I de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, après les mots : « figurant sur une liste », sont insérés les mots : « indicative ».

- Le huitième alinéa du I de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi rédigé :

« Ont également droit, dès 50 ans, à l'allocation de cessation anticipée d'activité toutes les personnes reconnue professionnellement atteintes d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant aux tableaux 30 et 30 *bis* prévus par le code de la sécurité sociale. »

- Le premier alinéa du II de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« II.– Le montant de l'allocation est calculée en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze meilleurs mois de la carrière professionnelle du bénéficiaire.

« Ce montant est strictement égal à la rémunération de référence définie au premier alinéa du présent article. »

- Les produits alimentaires d'origine industrielle devront afficher sur chaque emballage le nombre de calories, le contenu en graisses saturées et non saturées ainsi que la teneur en sodium de chaque ration alimentaire.

Les conditions dans lesquelles devra être établie l'information sur le produit sont fixées par décret .

Avant l'article 2

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- I.- Au livre III du code de la sécurité sociale, il est créé au sein du titre II, un chapitre 6 intitulé : « Assurance handicap-incapacité-dépendance »

II.- Ce chapitre est composé d'un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 326.*— Toute personne assurée sociale, résidant en France ou dans un pays avec lequel existe une convention internationale de sécurité sociale, qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liées à son état physique ou mental a droit à une évaluation, à l'aide d'une grille nationale définie par voie réglementaire, de sa situation et à la proposition d'un plan d'aide individualisé et adapté, réalisé par une équipe médico-sociale.

« Cette évaluation ouvre droit au versement d'une allocation handicap-incapacité-dépendance permettant une prise en charge adaptée à ses besoins dans les conditions déterminées par décret pris en Conseil d'Etat. Cette allocation est à la charge des organismes de sécurité sociale. Elle est servie en nature, déduction faite d'un ticket modérateur fixé en proportion des ressources selon un barème arrêté par voie réglementaire. »

- Au deuxième alinéa de l'article L. 6115-3 du code de la santé publique le mot : « prend » est remplacé par les mots : « se subordonne ».

- L'article L. 6143-4 du code de la santé publique est modifié comme suit :

« 1° Le troisième alinéa du 1° de cet article est ainsi rédigé :

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit, pour avis, la chambre régionale des comptes, dans les quinze jours suivant leur réception, des délibérations dont il estime qu'elles entraînent des dépenses de nature à menacer l'équilibre budgétaire de l'établissement. Il informe sans délai l'établissement de cette saisine. »

2° Le quatrième alinéa du 1° de cet article est supprimé.

3° Le troisième alinéa du 2° de cet article est ainsi rédigé :

« Les délibérations mentionnées au 3° de l'article L. 6143-1 sont réputées approuvées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans un délai de trente jours suivant la publication des arrêtés prévus à l'article L. 162-22-10 et au dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ou dans les trente jours suivant la réception dudit état si cette date est postérieure à la date de publication desdits arrêtés. »

- Avant le 1^{er} septembre 2005, le gouvernement transmettra au parlement un rapport sur l'opportunité de la création à l'échelon national d'un service public de maintien à domicile des personnes âgées. Le cas échéant, les conclusions du rapport pourront donner lieu à un projet de loi dans l'année qui suit la transmission de ce rapport.

- Il est créée au plan régional une commission de suivi et de vigilance des risques industriels au plan local.

Cette commission est composée de représentants d'élus locaux ; de représentants d'associations d'usagers ; d'associations de malades, de représentants des salariés et des directions d'entreprises régionales ; des représentants des services de la direction départementale de la santé, de la direction régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement pour engager une information complète et transparente concernant l'entretien et le contrôle des différents équipements et sites industriels.

Elle peut formuler des avis et des recommandations mises en œuvre par le représentant de l'Etat dans la région.

Elle peut être sollicitée sur tout sujet qui la concerne.

Ses modalités de fonctionnement sont déterminées par décret.

• Dans les conditions définies en loi de finances pour 2005, un plan pluriannuel de soutien à la recherche est engagé en matière de santé et de prévention.

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

• I.- L'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 162-43-1.

II.- Le nouvel article L. 162-43 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-43.-* L'évolution récente de la médecine, jointe à l'accentuation de la chronicité de nombreuses affections, exigent une coordination accrue des soins.

« Cette nécessaire coordination des soins est assurée principalement par les réseaux de santé, tels que définis par l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et les textes subséquents.

« Les réseaux de santé constituent l'une des modalités d'accès à part entière dans le système de soins.

« Les réseaux de santé font obligatoirement l'objet de dispositions spécifiques dans l'accord cadre définissant les rapports entre les organismes de l'assurance maladie et les professions de santé, prévu à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, ainsi que dans les conventions visées aux articles L. 162-5 et suivants. Ces dispositions visent notamment les conditions de prise en charge, et les tarifs, des prestations dérogatoires, prévues aux 1^o et 2^o de l'article L. 162-45 relatif au règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses de ces réseaux.

« Les réseaux de santé, visés à l'article L. 6321-1 du code de santé publique, sont impliqués dans les orientations prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, et relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique.

« Les réseaux de santé constituent le lieu d'accueil naturel de l'organisation du dossier médical personnel, tel que prévu à l'article L. 161-40 du code de la sécurité sociale. Ce dossier médical personnel se présente comme un élément essentiel du fonctionnement de ces réseaux.

« Les réseaux de santé sont l'objet d'une communication aux assurés et aux professionnels concernés par leur fonctionnement, dans le cadre de leur zone d'attraction, et dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale.

« Les réseaux de santé sont un des lieux privilégiés de la mise en œuvre des recommandations de pratiques cliniques et des référentiels de bon usage des soins, élaborés et diffusés par la Haute Autorité en santé, visée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. »

(retiré en commission)

• Avant le 31 décembre 2004, le gouvernement réunit une conférence nationale sur la profession médicale avec les acteurs concernés chargée de mettre en place un plan global de formation, de revalorisation, de qualification et d'emplois.

Article 2

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.

Amendement présenté par M. Philippe Vittel :

I. - Rédiger ainsi le I de cet article :

« *Section 5*

« *Dossier médical personnel*

« *Art. L. 161-45.* - Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique d'un dossier médical personnel constitué des éléments diagnostiques et thérapeutiques formalisés, nécessaires et pertinents pour assurer la coordination, la qualité et la continuité des soins.

« Ce dossier est constitué auprès d'hébergeurs de données à caractère personnel, agréés dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

« Les hébergeurs ne doivent avoir aucun lien, direct ou indirect, avec les entreprises et organismes d'assurances et de capitalisation et tous les organismes de prévoyance, de retraite et de protection sociale obligatoires ou facultatifs ou avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou prestataires de service dans le domaine de la médecine.

« *Art. L. 161-46.* - Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de santé, reportent dans le dossier médical, à l'issue de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

« En outre, les établissements de santé reportent à l'issue du séjour d'un patient sur le dossier médical personnel, les éléments résumés relatifs à ce séjour.

« Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie est subordonné à l'autorisation que, sauf raison légitime, le patient donne aux professionnels de santé auxquels il a recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter à chaque consultation ou hospitalisation.

« La limite de réduction du niveau de prise en charge est fixée à n %.

« *Art. L. 161-47.* - Un décret du Conseil d'Etat, pris après avis conjoint de la Commission nationale de l'informatique et du Conseil national de l'ordre des médecins fixe les conditions d'application de la présente section et notamment les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations qui figurent au dossier médical personnel.

II. - Les dispositions de l'article L. 161-46 du même code s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2007 aux professionnels de santé qui disposent d'un équipement informatique approprié et ont reçu une formation adaptée à la pratique des technologies numériques notamment sur les aspects liés à la sécurité et à la confidentialité des transmissions et de conservation des données.

III. – Les deuxième et troisième phrases du I de l'article L. 161-31 et les articles L. 162-1-1 à L. 162-1-6 du même code sont abrogés.

IV (*nouveau*). - La responsabilité pénale de l'hébergeur, de l'opérateur de télécommunication, des organismes d'assurance maladie qui diffusent les cartes d'assurance maladie peut être mis en cause en cas de rupture de confidentialité imputable à une insuffisance ou à un défaut de sécurité du système.

(retiré en commission)

(Article L. 161-45 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« Chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose, dans les conditions et sous les garanties prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique d'un dossier médical personnel constitué des éléments diagnostiques et thérapeutiques formalisés, nécessaires et pertinents pour assurer la coordination, la qualité et la continuité des soins.

« Ce dossier est constitué auprès d'hébergeurs de données à caractère personnel, agréés dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

« Les hébergeurs ne doivent avoir aucun lien, direct ou indirect, avec les entreprises et organismes d'assurances et de capitalisation et tous les organismes de prévoyance, de retraite et de protection sociale obligatoires ou facultatifs ou avec les entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou prestataires de service dans le domaine de la médecine. »

(retiré en commission)

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- Supprimer le premier alinéa de cet article.
- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots « continuité des soins », insérer les mots : « comme leurs prises en charge par l'assurance maladie ».
- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « continuité des soins », insérer les mots : « garantissant un droit à la santé indépendant des conditions d'âge, de santé et de revenu ».
- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « continuité des soins », insérer les mots : « contribuant à un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins ».
- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « continuité des soins », insérer les mots : « contribuant à un accès effectif de tous les assurés sociaux aux soins quel que soit leur lieu de résidence ».
- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « continuité des soins », insérer les mots : « dans le cadre d'une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire ».
- A la fin du premier alinéa de cet article, insérer la phrase : « Le dossier est conçu avec pour objectif de s'intégrer dans une logique de mise en réseau des outils de santé publique. »
- Supprimer le dernier alinéa de cet article.
- Rédiger ainsi le dernier alinéa de cet article :

« Ce dossier est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel. L'institut national de la santé assurera la maîtrise d'ouvrage, la sécurisation du stockage et les accès aux bases de données. »

Amendement présenté par M. Gérard Dubrac :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Le dossier médical personnel appartient au patient. Au décès de celui-ci, ce dossier est dépersonnalisé. »

Amendement présenté par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Les données de santé ne sont connues que des professionnels de santé habilités à avoir accès au dossier médical personnel et du titulaire du dossier ou de son représentant légal. Tout accès ou toutes utilisations du dossier par une personne ou un organisme autre que les professionnels de santé ou le titulaire ou son représentant légal et à d'autres fins que celles prévues au présent article et à l'article L.161-41 du code de la sécurité sociale est puni d'une amende de 150 000 euros et le cas échéant de sanctions pénales pour violation du secret médical et atteinte à la vie privée. »

(Article L. 161-46 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prétel :

Rédiger ainsi cet article :

« *Art. L. 161-46.* - Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les professionnels de santé exerçant en ville ou en établissement de santé, reportent dans le dossier médical, à l'issue de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge.

« En outre, les établissements de santé reportent à l'issue du séjour d'un patient sur le dossier médical personnel, les éléments résumés relatifs à ce séjour. Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie est subordonné à l'autorisation que, sauf raison légitime, le patient donne aux professionnels de santé auxquels il a recours d'accéder à son dossier médical personnel et de le compléter à chaque consultation ou hospitalisation. La limite de réduction du niveau de prise en charge est fixée à n %. »

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

Supprimer le premier alinéa de cet article.

Amendements présentés par MM. Claude Evin, Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

Supprimer le dernier alinéa de cet article.

Amendements présentés par Mme Martine Billard :

- Compléter l'article L. 161-46 par les quatre alinéas suivants :

« L'accès des professionnels de santé aux dossiers médicaux personnels du patient nécessite l'usage simultané de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale et de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du même code. L'accès aux informations médicales figurant dans ces dossiers est en outre conditionné à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale et à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire de la carte mentionnée à l'article L. 161-33 du même

code. Cet accès s'effectue selon les modalités prévues au cinquième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique.

« La transmission par voie électronique entre professionnels de santé des informations médicales figurant dans les dossiers médicaux personnels du patient s'effectue selon les modalités prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique et nécessite l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale.

« Lorsqu'un patient est suivi dans le cadre d'un réseau de soins, mentionné à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, les informations médicales personnelles produites ou recueillies par les professionnels de santé constituant ce réseau peuvent être mises en commun dans un dossier médical personnel avec l'accord du patient et selon des droits d'accès et des échanges électroniques d'information respectant sa volonté et conformes aux règles énoncées aux deux alinéas précédents.

« Pour les situations d'urgence médicale, un décret en Conseil d'État pris après avis public et motivé du Conseil national de l'ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés établit la nature des données personnelles médicales relatives à l'urgence et les conditions d'inscription, de stockage et d'accès à ces données par les professionnels de santé. »

- Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« En vertu des règles déontologiques du secret médical, seuls les professionnels de santé définis au premier alinéa du présent article peuvent avoir accès au dossier médical personnel. Ni les employeurs des patients, ni les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances, ne peuvent avoir accès aux données figurant sur le dossier médical personnel. »

Article 2 (suite)

Amendement présenté par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

Supprimer le II de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi le II de cet article :

« II.- Les dispositions de l'article L. 161-46 du même code s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2007 aux professionnels de santé qui disposent d'un équipement informatique approprié et ont reçu une formation adaptée à la pratique des technologies numériques notamment sur les aspects liés à la sécurité et à la confidentialité des transmissions et de conservation des données. »

Amendement présenté par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

Supprimer le III de cet article.

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Remplacer le III de cet article par le paragraphe suivant :

« III.- Les articles L. 162-1-1 à L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale sont abrogés. »

(retiré en commission)

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

• Au début du III de cet article, supprimer les mots : « les deuxième et troisième phrases du I de l'article L.161-31 et ».

- Dans le III de cet article, supprimer les mots : « L.162-1-1 à ».
- Dans le III de cet article, supprimer les mots : « à L.161-1-6 ».

Amendement présenté par M. Alain Vidalies :

Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« IV.- Remplacer le deuxième paragraphe de l'article L. 161-40 par les dispositions suivantes :

« Il est créé un établissement public des données de santé qui a l'exclusivité de l'hébergement du dossier médical personnel.

« Les statuts et les règles de fonctionnement de cet établissement sont précisés par décret en Conseil d'Etat ».

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

« IV (*nouveau*).- La responsabilité pénale de l'hébergeur, de l'opérateur de télécommunication, des organismes d'assurance maladie qui diffusent les cartes d'assurance maladie peut être mise en cause en cas de rupture de confidentialité imputable à une insuffisance ou à un défaut de sécurité du système. »

Après l'article 2

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- I. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° La couverture entière des frais relatifs aux examens de dépistage ou de diagnostic relevant d'acte de la médecine préventive, y compris les soins complémentaires nécessaires suite à ces examens. »

II - La perte de recettes est compensée par le relèvement à due concurrence de la contribution sur les jeux exploités par la Française des jeux visée au L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

- I. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° La couverture entière des frais relatifs aux vaccinations tout au long de la vie et à tous les âges. »

II - La perte de recettes est compensée par le relèvement à due concurrence de la contribution sur les jeux exploités par la Française des jeux visée au L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

- I. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° La couverture entière des frais relatifs aux maladies chroniques. »

II - La perte de recettes est compensée par le relèvement à due concurrence de la contribution sur les jeux exploités par la Française des jeux visée au L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

- I. Après l'article L. 3511-1 du code de santé publique, il est inséré un article L. 3511- 1 *bis* (*nouveau*) ainsi rédigé :

« Art. L. 3511-1. *bis.* - Les substituts nicotiques ayant pour but l'arrêt du tabac sont pris en charge par l'assurance maladie après prescription médicale. »

II. - Les pertes de recettes résultant du présent article sont compensées à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

- Supprimer le dernier alinéa de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

Amendement présenté par M. Jacques Domergue :

Après l'article L. 322-4 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 322-4-1 (*nouveau*) ainsi rédigé :

« *Art. L. 322-4-1 (nouveau).* - L'assuré social reçoit chaque année un relevé lisible et compréhensible de ses dépenses de santé.

« Ce relevé, réalisé et adressé à chaque assuré social par sa caisse d'assurance maladie, comporte trois parties : les consultations, les hospitalisations et les dépenses de pharmacie. »

Article 3

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le II de cet article.
- Supprimer le III de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Rédiger ainsi le III de cet article :

« III.- Les septième et huitième alinéas de l'article L. 324-1 du même code sont supprimés. »

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- Supprimer le premier alinéa du 1° du III cet article.
- Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du III de cet article supprimer le mot : « périodiquement ».
- Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du III de cet article, supprimer les mots : « par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ».
- Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du III de cet article, après les mots : « par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37 », insérer les mots : « du présent code ».

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa du III de cet article, substituer aux mots : « peut être limitée ou supprimée », les mots : « est supprimée ».

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- Supprimer l'avant-dernière phrase du deuxième alinéa du III de cet article.
- Supprimer l'avant-dernier alinéa du III de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Rédiger ainsi l'avant-dernier alinéa du III de cet article :

« Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu d'autoriser la consultation de son dossier médical personnel pour bénéficier de la suppression de sa participation. »

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- Dans l'avant dernier alinéa du III de cet article, supprimer les mots : « pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation ».

- Supprimer le dernier alinéa du III de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Dans le dernier alinéa du III de cet article, supprimer les mots « la limitation ou ».

Amendements présentés par M. Maxime Gremetz et Mme Jacqueline Fraysse :

- Supprimer le IV de cet article.

- Au début du dernier alinéa du IV de cet article, supprimer les mots : « Sur proposition de l'union nationale des caisses d'assurance maladie ».

- Dans le dernier alinéa du IV de cet article, après les mots : « l'article L. 161-37 », insérer les mots : « du code de la sécurité sociale ».

- Dans le dernier alinéa du IV de cet article, supprimer les mots : « pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ».

(Article L. 322-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Dans le dernier alinéa du IV de cet article, supprimer les mots « la limitation ou ».

Article 3 (suite)

Amendements présentés par Mme Martine Billard :

- Compléter le dernier alinéa du IV de cet article par les mots : « , sauf en cas d'urgence. »

- Compléter le dernier alinéa du IV de cet article par la phrase suivante : « Ces dispositions ne s'appliquent pas en cas de déplacement éloigné du domicile ne permettant pas la consultation du médecin référant, prévu à l'article L. 162-5-3 du même code. ».

- Compléter cet article par un paragraphe V, ainsi rédigé :

« V. – Il est créé, après l'article L. 162-3 du même code, un article L. 162-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-3-1.* – Le suivi médical d'une affection de longue durée ne donne pas lieu à un paiement à l'acte à chaque consultation du médecin, mais à un paiement forfaitaire dont le montant est déterminé par conventions, dans le cadre du a) du 12° de l'article L. 162-5 de ce code. »

Avant l'article 4

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Le premier alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est supprimé.

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

La rémunération du médecin traitant tient compte des actions de prévention, du respect des actes de bonnes pratiques, des actions de santé publique conformément aux objectifs définis par l'Etat et des démarches d'évaluation et de formation médicale continue.

Elle comprend à ce titre une part forfaitaire en complément du paiement à l'acte.

Article 4

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Rédiger ainsi cet article :

« La section 1 du chapitre II du titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-4-3.* – Tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi avec l'accord de celui-ci.

« Les missions spécifiques de ce médecin traitant sont fixées par un décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins.

« La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée, dans la limite de n %, et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

« Le décret fixe également les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée notamment lorsque est mis en œuvre un protocole de soins ».

(retiré en commission)

Amendement présenté par M. Claude Evin :

Rédiger ainsi le début de cet article :

« La section 1 du chapitre II du titre IV du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-4-2.* – Tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci, ou le réseau de santé qui assurera la prise en charge coordonnée de ses soins. »

(Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Au début du premier alinéa de cet article, insérer les mots : « Afin d'assurer la coordination des soins, ».

(retiré en commission)

- Au début du premier alinéa de cet article, insérer les mots : « Afin de favoriser la coordination des soins, ».

(devenu sans objet)

- Au début du premier alinéa de cet article, insérer les mots : « Afin de favoriser la continuité des soins, ».

(devenu sans objet)

- Au début du premier alinéa de cet article, insérer les mots : « Afin d'améliorer le recours au système de soins, ».

(devenu sans objet)

- Dans le premier alinéa de cet article, substituer au mot : « indique », les mots : « peut indiquer ».

- Supprimer le dernier alinéa de cet article.

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Dans la première phrase du dernier alinéa, substituer aux mots : « peut-être », le mot : « est ».

Amendement présenté par M. Claude Evin :

Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article, après les mots : « n'ayant pas choisi le médecin traitant », insérer les mots : « ou de réseau de santé ».

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Compléter la première phrase du dernier alinéa de cet article par les mots : « , sauf en cas de renouvellement d'une prescription médicale ».

Article 4 (suite)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

I. - Compléter cet article par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Art. L. 162-5-3-1. - Tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi avec l'accord de celui-ci.

« – Les missions spécifiques de ce médecin traitant sont fixées par un décret en Conseil d'Etat pris après avis du Conseil national de l'Ordre des médecins.

« – La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée, dans la limite de n %, et dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat par décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire

pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

« – Le décret fixe également les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée notamment lorsque est mis en œuvre un protocole de soins ».

II. – En conséquence, après le mot : « complétée », rédiger ainsi la fin du premier alinéa de cet article : « par deux articles, L. 162-5-3 et L. 162-5-3-1, ainsi rédigés : ».

Amendement présenté par M. Marc Bernier :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Lorsque des accords conventionnels prévoient des consultations annuelles de prévention auprès de médecins relevant de certaines spécialités médicales, l'assuré est exempté du paiement de la participation forfaitaire prévu à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale. »

(Article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« La convention des médecins généralistes et spécialistes mentionnée à l'article L. 162-5 détermine les modalités de mise en œuvre de ce signalement. »

Article 5

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Rédiger ainsi cet article :

« L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Le petit a) du 12° de l'article L. 162-5 est abrogé ;

« 2° Le 8° de l'article L. 162-5 est ainsi rédigé :

« Les modalités suivant lesquelles les tarifs et rémunérations peuvent être majorés dans le respect du tact et de la mesure pour garantir un exercice médical conforme aux dispositions de l'article 71 du code de déontologie médicale. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« 1° Le petit a) du 12° de l'article L. 162-5 est abrogé.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le deuxième alinéa (17°) de cet article.
- Au 18° de cet article supprimer les mots « Les modalités et ».

- Dans le dernier alinéa de cet article, substituer aux mots : « sont autorisés à pratiquer », le mot : « pratiquent ».

(retiré en commission)

- Dans le dernier alinéa de cet article, supprimer les mots : « , dans certaines limites, ».

(retiré en commission)

- Dans le dernier alinéa de cet article, supprimer les mots : « des actes et ».

- Dans le dernier alinéa de cet article, supprimer les mots : « et consultations ».

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Compléter le dernier alinéa de cet article par les phrases suivantes :

« L'intégralité de ce dépassement d'honoraire est perçu par la caisse primaire d'assurance-maladie de rattachement de la personne concernée. Un décret fixe les conditions de recouvrement par la caisse primaire d'assurance maladie. »

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les cardiologues. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les dermatologues. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les pédiatres. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les gynécologues. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les chirurgiens dentistes. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les allergologues. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les oncologues. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en anatomie et cytologie pathologique. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en anesthésie et réanimation chirurgicale. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les diabétologues-nutritionnistes. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en endocrinologie et métabolismes. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en gastro-entérologie et hépatologie. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en gériatrie et gérontologie. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en médecine et biologie du sport. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les nephrologues. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les neurochirurgiens. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les neurologues. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les neuro-psychiatres. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les ophtalmologistes. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en orthopédie dento maxillo-faciale. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en oto-rhino-laryngologie. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les pneumologues. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les psychiatres. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les radiologues. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :
« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les rhumatologues. »
- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les radiothérapeutes. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les stomatologues. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie de la face et du cou. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie infantile. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie orthopédique et traumatologie. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie plastique reconstructrice. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie urologique. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie vasculaire. »

- Compléter cet article par la phrase suivante :

« Ces dispositions ne s'appliquent pas pour les médecins en chirurgie viscérale. »

Après l'article 5

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Après l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-2-1.* – En vue de renforcer les dispositifs de santé publique relatifs :

« - à la prévention, au dépistage et au traitement des maladies susceptibles d'altérer la santé des femmes, et/ou sexuellement transmissibles,

« - à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse,

« - au suivi et au traitement de la ménopause,

« - au traitement de la stérilité ;

« Tout assuré peut consulter librement un gynécologue médical de son choix. Le coût des consultations et des soins s'y rapportant est pris en charge par l'assurance maladie, sans que la part restant à leur charge ne puisse être majorée. »

- L'article L.162-5 du code de la sécurité sociale est complétée par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les modalités et les limites de soutien aux médecins conventionnés en organisant pour certaines spécialités médicales l'intervention de médecins spécialistes non conventionnés à honoraires libres. Afin de répondre aux besoins, comme au déficit de professionnel de santé dans l'attente d'un plan

national de formation, la convention peut prévoir l'intervention de médecins spécialistes habituellement non conventionnées, sous forme conventionnée.

« Les médecins spécialistes non conventionnés à honoraires libres qui s'inscrivent dans ce dispositif de soutien pourront bénéficier des dispositions des articles L. 162-14-1, L. 162-11, L. 162-5-11, L. 645-2-1 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale au prorata des actes effectués. La définition des coefficients est précisée par la convention. »

- L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 18° ainsi rédigé :

« 18° Les modalités et les limites dans lesquelles les médecins libéraux généralistes sont autorisés à pratiquer certaines fonctions et certains actes médicaux relevant de la politique de santé publique telles que la prévention, l'éducation sanitaire, la veille et l'alerte sanitaire, la surveillance et l'étude épidémiologique des populations. »

- Après l'article L. 4113-14 du code de la santé publique, il est créé un article L. 4113-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4113-15* - Les services compétents de l'Etat attribuent des aides destinées à favoriser l'installation ou le maintien de professionnels de santé dans les zones définies à l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 modifiée de financement de la sécurité sociale pour 1999, dans lesquelles est constaté un déficit en matière d'offre de soins. A cette fin, des conventions sont passées entre le représentant de l'Etat et les services déconcentrés qui attribuent cette aide, les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé intéressés.

« La nature et les conditions d'attribution de ces aides, qui peut notamment être subordonnée à des modes d'exercice de groupe ou d'exercice pluriprofessionnel destinés à améliorer la continuité et la qualité des soins, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

- Après le chapitre IV du Titre I du Livre I de la quatrième partie du code de la santé publique, il est créée un chapitre V rédigé ainsi :

« *Chapitre IV*

« *Règles communes d'installation*

« *Art. L. 4114-1* - Les créations, les transferts et les regroupements de cabinets médicaux doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines. Ils ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantit un accès permanent et satisfaisant du public aux soins.

« *Art. L. 4114-2* - Toute création d'un nouveau cabinet, tout transfert d'un lieu dans un autre et tout regroupement sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le représentant de l'Etat dans le département selon les critères prévus aux articles du présent chapitre.

« Dans tous les cas, la décision de création, de transfert ou de regroupement est prise par le représentant de l'Etat dans le département après avis des syndicats représentatifs des professionnels de santé et des conseils régionaux de l'ordre des professions de santé.

« *Art. L. 4114-3* - La licence fixe l'emplacement où le cabinet sera installé.

« Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le représentant de l'Etat peut imposer une distance minimum entre l'emplacement prévu pour le futur cabinet et le cabinet existant le plus proche.

« Le représentant de l'Etat peut, en outre, en vue d'assurer une desserte optimale de la population résidant à proximité de l'emplacement du futur lieu d'exercice des professionnels de santé, déterminer le ou les secteurs de la commune dans lesquels il devra être situé.

« Art. L. 4114-4.- La population dont il est tenu compte pour l'application des articles du présent chapitre est la population municipale, telle qu'elle est issue du dernier recensement général de la population ou, le cas échéant, des recensements complémentaires.

« Art. L. 4114-5.- Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 30 000 habitants, une création d'un cabinet médical ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par médecin est égal ou supérieur à 3 000. Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 3 000 habitants recensés dans les limites de la commune.

« Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 2 500 habitants et inférieure à 30 000 habitants, une création de cabinet médical ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par médecin est égal ou supérieur à 2 500.

« Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 2 500 habitants recensés dans les limites de la commune.

« Aucune création n'est possible dans les communes comportant une population inférieure à 2 500 habitants :

« - lorsqu'elles disposent déjà d'au moins un cabinet médical ;

« - lorsqu'elles ne disposent d'aucun cabinet mais que leur population a déjà été prise en compte pour la création d'un cabinet médical généraliste dans une autre commune.

« Dans les communes de moins de 2 500 habitants dépourvues de cabinet médicaux généralistes et dont la population n'a pas été ou n'est plus prise en compte pour une création dans une autre commune, une création peut être accordée dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, si la totalité de la population de cette zone est au moins égale à 2 500 habitants.

« Le représentant de l'Etat dans le département précise, dans sa décision, les communes prises en compte pour l'octroi de la licence. La totalité de la population de ces communes est considérée comme desservie par la nouvelle création.

« Art. L. 4114-6.- Le transfert d'une officine de pharmacie peut s'effectuer, conformément à l'article L. 4114-1, au sein de la même commune, dans une autre commune du même département, ou, pour la région d'Ile-de-France, dans une autre commune de cette région.

« Le transfert dans une autre commune peut s'effectuer à condition :

« 1° Que la commune d'origine comporte :

« – un nombre d'habitants par pharmacie égal ou inférieur à 3 000 pour les communes d'au moins 30 000 habitants ;

« – un nombre d'habitants par pharmacie égal ou inférieur à 2 500 pour les communes d'au moins 2 500 habitants et de moins de 30 000 habitants ;

« – moins de 2 500 habitants ;

« 2° Et qu'une création soit possible dans la commune d'accueil en application de l'article L. 4114-5.

« Art. L. 4114-7.- Deux cabinets médicaux situées dans une même commune peuvent être regroupées en un lieu unique de cette commune à la demande de leurs titulaires.

« Dans les communes d'au moins 30 000 habitants, ce regroupement ne peut intervenir que si le nombre d'habitants par médecin est égal ou inférieur à 3 000. Dans les communes d'au moins 2 500 habitants et de moins de 30 000 habitants, ce regroupement ne peut intervenir que si le nombre d'habitants par officine est égal ou inférieur à 2 500.

« Le lieu de regroupement des cabinets médicaux concernés est l'emplacement de l'un d'eux ou un lieu nouveau situé dans la même commune.

« Le nombre total de médecins du nouveau cabinet doit être au moins égal au total de médecins des cabinets qui se regroupent. Cette disposition s'applique durant cinq ans à compter de l'ouverture du nouveau cabinet, sauf cas de force majeure constatée par le représentant de l'Etat dans le département.

« Dans le cadre d'un regroupement dans un lieu nouveau, le nouveau cabinet médical ne pourra être effectivement ouvert au public que lorsque les cabinets regroupés auront été fermés. »

• Après l'article L. 6315-1 du code de la santé publique, il est créé un article L. 6315-1 *bis* ainsi rédigé :

« *Art. L. 6315-1 bis.* – L'association des professionnels de santé libéraux à des actions permettant d'améliorer la permanence des soins fait l'objet d'une rémunération dont le mode est déterminé selon les conditions prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

« En l'absence de convention nationale sus visée, par arrêté, le Ministre de la Santé, après consultation, de la Caisse nationale de maladie des travailleurs salariés, des organisations syndicales représentatives des professionnels libéraux, fixe le montant de cette rémunération. »

• Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la loi n° du relative à l'assurance maladie, une négociation interprofessionnelle en engagée entre les organisations syndicales représentatives au plan national des professions de santé, l'Etat et les représentants de l'assurance maladie sur la suppression du secteur non conventionné appelé secteur deux.

A défaut d'accord dans le délai de douze mois, un règlement minimal conventionnel viendra préciser les conditions de cette suppression.

• A compter de la publication de la loi n° adoptée le relative à l'assurance maladie, il est engagé par l'Etat une négociation avec les représentants des professions de santé médicaux et paramédicaux, les usagers du système de soins et les élus de la Nation afin de mettre au jour un plan de présence homogène sur l'ensemble du territoire national.

Article 6

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par Mme Martine Billard :

• A la fin de l'avant-dernier alinéa (II) de cet article, substituer aux mots : « les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions », les mots : « un ou plusieurs syndicats de chaque profession concernée, représentant au niveau national la majorité de la profession, calculée sur la base des élections. »

• Dans le dernier alinéa de cet article, après les mots :

« les objectifs et les modalités »,

insérer les mots suivants :

« d'octroi d'aides financières, de rémunérations particulières, »

Avant l'article 7

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

• I.- Le titre du chapitre III du titre III du livre 1^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

« Evaluation des compétences professionnelles et formation médicale continue »

II.- Insérer avant l'article L. 4133-1 du code de la santé publique, un article L. 4133 (*nouveau*) ainsi rédigé :

« L'évaluation de ses compétences professionnelles, l'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

« Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit se soumettre obligatoirement tous les cinq ans à une évaluation de ses compétences professionnelles.

« Cette évaluation est assurée par un organisme agréé dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

« En cas de non observation ou de non satisfaction par le médecin de cette évaluation, le conseil départemental de l'ordre détermine la conduite à tenir et peut prononcer l'interdiction d'exercice. »

• Au chapitre III du titre I^{er} du livre premier de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré deux nouveaux articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-12.* – Le ministre de la santé est chargé de mettre en place dans chaque établissement d'une importance égale et supérieure à des normes fixées par décret, une « démarche qualité » indépendante hiérarchiquement de l'établissement. Cette démarche qualité est mise en œuvre à travers une structure spécialisée.

« Cette structure aura pour tâche :

« 1^o De veiller au respect des normes qualité et des processus édités par les organismes nationaux et régionaux compétents, notamment par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ;

« 2^o De recevoir toutes les informations relatives à la suspicion d'un épisode nosocomial ;

« 3^o D'enquêter sur chaque anomalie qui lui sera signalée et d'en informer l'agence nationale mentionnée à l'article L. 6113-13 ;

« 4^o De proposer à la direction de l'établissement toute mesure susceptible d'y pallier. »

« *Art. L. 6113-13.* – Il est créée une agence nationale comprenant des délégations dans chaque région. Cette agence sera chargée de coordonner et veiller à la mise en place et au bon fonctionnement des structures de démarches qualité. Elle peut prendre toute mesure administrative de nature à sauvegarder et à garantir la qualité des soins prodigués et la sécurité sanitaire des patients dans l'établissement. »

• Après l'article L. 6121-1, il est inséré un nouvel article dans le code de la santé publique ainsi rédigé :

« *Art. L. 6121-1-1.* – L'installation des professionnels libéraux de santé est soumise au principe de l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire national.

« Dans le but de répartir sur tout le territoire national l'offre de soins en fonction des besoins et de la nécessaire proximité et permanence des soins, l'implantation des professionnels libéraux de santé est intégrée dans le schéma d'organisation sanitaire tel que prévu à l'article L. 6121-1. »

- Conformément aux objectifs de santé publique définis par l'Etat et, en particulier, l'accès aux soins pour tous sur l'ensemble du territoire, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie veille à réaliser un accès aux soins égal et réel sur l'ensemble du territoire, en particulier dans les zones déficitaires en matière d'offre de soins. Elle peut, à ce titre, créer des maisons de santé. Les coûts afférents à cette mission sont pris dans l'enveloppe de l'assurance maladie concernant la médecine de ville.

La création et le développement des maisons de santé doit offrir la possibilité d'une réponse à un exercice plus organisé et plus collectif de la médecine, notamment par le développement des réseaux de santé.

- Dans les maisons médicales installées dans les zones désertifiées définies par décret, le mode de rémunération des professionnels de santé est diversifié, la partie du paiement à l'acte étant tempérée et complétée par une rémunération « per capita » ainsi que par une rémunération forfaitaire modulable.

L'assurance maladie veillera à l'attractivité de la rémunération totale obtenue par la combinaison des différents paramètres de rémunération.

Il est créé à cet effet une sous enveloppe « maison médicales » au sein de l'ONDAM. Cette sous enveloppe sera mobilisée en tant que de besoin par les Agences régionales de santé. »

- Le Gouvernement transmet au Parlement avant le 31 décembre 2004 un rapport sur les conditions de création d'un cadre conventionnel spécifique avec l'assurance maladie permettant de mieux normaliser les conditions d'exercice des médecins remplaçants et d'apporter des réponses aux problèmes de démographie médicale dans les zones désertifiées.

- Le Gouvernement transmet au Parlement avant le 31 décembre 2004 un rapport sur les conditions de création d'un statut du médecin collaborateur.

Article 7

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le I de cet article.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le 1^o du I de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Compléter le 1^o du I de cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces contrats sont communiqués pour avis aux conseils de l'ordre des professions médicales pour ce qui les concerne. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le 2^o du I de cet article.

Amendement présenté par M. Yves Censi :

Dans l'avant-dernier alinéa (2^o) du I de cet article, substituer aux mots : « le directeur de l'union nationale des caisses d'assurance maladie », les mots : « le collège des directeurs ».

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le 3° du I de cet article.
- Supprimer le II de cet article.

(Art. L. 6113-12 du code de la santé publique)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le premier alinéa de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Au début de la première phrase du premier alinéa de cet article après les mots : « Des accords cadres peuvent être conclus entre », supprimer les mots : « les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, ».

(retiré en commission)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer la dernière phrase du premier alinéa de cet article.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Dans la dernière phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « Un décret fixe notamment les conditions dans lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés, ».
- Dans la dernière phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « peuvent prévoir un reversement aux établissements de santé d'une partie des sommes correspondant aux dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord ».
- Après les mots : « de l'accord », supprimer la fin de la dernière phrase du premier alinéa de cet article.
- Supprimer le dernier alinéa de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Rédiger ainsi le dernier alinéa de cet article :

« Des accords peuvent être conclus sur les mêmes sujets, à l'échelon local, par l'agence régionale de santé. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer la première phrase du dernier alinéa du II de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi la première phrase du dernier alinéa de cet article : « Des accords peuvent être conclus dans les mêmes conditions, à l'échelon régional, par le directeur de l'agence régionale de santé et le représentant légal de l'établissement.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer la dernière phrase du dernier alinéa de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conseils de l'ordre des professions médicales sont consultés sur les dispositions des accords relatives à la déontologie des ces professions. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le III de cet article.

Après l'article 7

Amendement présenté par M. Jacques Domergue :

L'article L. 1142-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« I. - Au troisième alinéa, les mots : « pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral » sont supprimés.

« II. – Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de dépassement des plafonds de garantie prévus dans les contrats d'assurance, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des affections iatrogènes et des infections nosocomiales visé à l'article L. 1142-22 prend en charge – dans des conditions fixées par décret – l'indemnisation due au-delà des plafonds. Il ne peut, dans ce cas, exercer aucune action en justice contre le professionnel, l'établissement de santé, le service ou l'organisme concerné ou contre l'assureur. »

Article 8

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Supprimer cet article.

Après l'article 8

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

A l'article L. 211-3 du code de la sécurité sociale, insérer deux nouveaux alinéas ainsi rédigés :

« Afin de favoriser l'éducation pour la santé et les parcours de soins, les URCAM créent des plates-formes d'information et de conseil en santé composées d'équipes pluridisciplinaires et financées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Le cahier des charges de ces structures est déterminé par décret ».

Article 9

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Supprimer cet article.

(retiré en commission)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Dans cet article, supprimer la référence : « L. 162-12-18, ».
- Dans cet article, supprimer la référence : « L. 162-12-20, ».
- Dans cet article, supprimer la référence : « L. 183-1-1 ».
- Dans cet article, après la référence : « L. 183-1-1 », insérer les mots : « du code de la sécurité sociale ».

Amendement présenté par Mme Billard :

Compléter cet article par la phrase suivante :

« La formation continue devra se faire en toute indépendance par rapport aux laboratoires pharmaceutiques. »

Article 10

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Préal :

Supprimer cet article.

(retiré en commission)

(Article L. 314-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le premier alinéa de cet article.

Amendement présenté par M. Yves Censi :

Au premier alinéa de l'article L. 314-1, après les mots : « le service médical », insérer les mots : « des régimes obligatoires ».

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le 1° cet article.
- Supprimer le 2° cet article.
- Dans le premier alinéa du 2° de cet article, supprimer les mots : « les actes pratiqués ou ».
- Dans le premier alinéa du 2° de cet article, supprimer les mots : « ou les traitements prescrits ».

- Supprimer le a) du 2° de cet article.
- Dans le a) du 2° de cet article, supprimer la référence : « L. 162-1-7 ».
- Dans le a) du 2° de cet article, supprimer la référence : « L. 162-17 ».
- Dans le a) du 2° de cet article, supprimer les mots : « et L. 165-1 ».
- Compléter le a) du 2° de cet article par les mots : « du présent code ».
- Supprimer le b) du 2° de cet article.
- Compléter le b) du 2° de cet article par les mots : « du présent code ».
- Supprimer le 3° cet article.
- Dans le premier alinéa du 3° de cet article, supprimer la référence : « L. 162-12-18 ».
- Dans le premier alinéa du 3° de cet article, supprimer la référence : « L. 162-12-20 ».
- Dans le premier alinéa du 3° de cet article, supprimer la référence : « L. 183-1-1 ».
- Dans le premier alinéa du 3° de cet article, supprimer les mots : « et les accords prévus à l'article L. 162-12-17 ».
- Compléter le premier alinéa du 3° de cet article par les mots : « dudit code ».
- Dans le deuxième alinéa du 3° de cet article, supprimer les mots : « actes ou ».
- Dans le deuxième alinéa du 3° de cet article, supprimer les mots : « ou prestations ».
- Dans le deuxième alinéa du 3° de cet article, supprimer les mots : « , ou délivré les produits ».
- Dans le deuxième alinéa du 3° de cet article, supprimer les mots : « à la caisse ou ».
- Dans le deuxième alinéa du 3° de cet article, supprimer les mots : « ou au service du contrôle médical ».

Article 10

Amendements présentés par M. Jean-Luc Preél :

- Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses et le service médical pourront vérifier, au moment de la liquidation sur la base des informations que les assurés lui fournissent et sur les informations transmises par les professionnels dans le cadre des échanges informatisés entre ceux-ci et l'assurance maladie que les référentiels médicalisés retenus sont respectés. »
- Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Le contrôle médical dans le respect du décret du conseil d'état (relatif aux conditions d'accès des praticiens conseils du contrôle médical au dossier médical partagé) pourra pour les cas le justifiant procéder à un examen du dossier médical. »
- Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« En retour l'assurance maladie devra fournir à l'institut des données de santé toutes les informations relatives à la liquidation médicalisée afin que l'institut des données de santé soit en mesure

d'assurer un suivi efficace et en temps réel des réalisations de dépenses par rapport aux prévisions de financement prévues par le parlement et ainsi permettre à la commission d'alerte de remplir sa mission. »

- Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

« Les cas de litiges entre les praticiens et l'assurance maladie devront être traités par une commission formée de professionnels de santé et de représentants de l'assurance maladie. Les litiges avec les assurés seront de la seule compétence de l'assurance maladie et des instances juridiques ad hoc en cas de contestation. »

(retiré en commission)

Après l'article 10

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

- I.- Le premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale d'Etat. »

- II.- Supprimer l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

III.- Compléter l'article L. 252-3 du code de l'action sociale et des familles, par un alinéa ainsi rédigé : « Les demandeurs dont la situation l'exige sont admis immédiatement au bénéfice de l'aide médicale d'Etat. »

- IV.- Supprimer le dernier alinéa de l'article L. 253-2 du code de l'action sociale et des familles.

- L'article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« *Art. L. 251-2.-* La prise en charge, assortie de la dispense d'avance des frais concerne :

« 1° Les frais définis aux 1°, 2°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance-maladie ;

« 2° Le forfait journalier, institué par l'article L. 174-4 du même code. »

- Modifier ainsi l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale :

« Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, après les mots : « évolution des prix », insérer les mots : « qui ne peut être inférieur au seuil de pauvreté tel que défini par les organismes internationaux ».

• Dans le deuxième alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « revenu minimum d'insertion », insérer les mots : « , de l'allocation supplémentaire vieillesse, de l'allocation adulte handicapé, de l'allocation de solidarité spécifique ».

• Dans le deuxième alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « revenu minimum d'insertion », insérer les mots : « , les chômeurs de longue durée bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique ».

• Dans le deuxième alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « revenu minimum d'insertion », insérer les mots : « , de l'allocation adulte handicapé ».

• Dans le deuxième alinéa de l'article L. 861-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « revenu minimum d'insertion », insérer les mots : « , de l'allocation supplémentaire vieillesse ».

Article 11

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse, MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article

Amendement présenté par Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprime le I de cet article.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Dans la première phrase du dernier alinéa du I de cet article, supprimer les mots : « pour chaque acte ou ».

- Dans le dernier alinéa du I de cet article, supprimer les mots : « ou pour chaque consultations ».

- Dans le dernier alinéa du I de cet article, supprimer les mots : « en ville ou ».

- Dans le dernier alinéa du I de cet article, supprimer les mots : « ou dans un établissement ».

- Compléter la première phrase du dernier alinéa du I de cet article, par les mots : « ou suite à une consultation ou acte réalisé en centre de santé ».

- Supprimer la deuxième phrase du dernier alinéa du I de cet article.

- Supprimer la dernière phrase du dernier alinéa du I de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prétel :

Rédiger ainsi la dernière phrase du dernier alinéa du I de cet article :

« La loi de financement de la sécurité sociale fixe le montant de la participation forfaitaire prévu au II de l'article L. 322-2. »

Amendement présenté par Mme Michèle Tabarot :

Compléter le dernier alinéa du I de cet article par :

« L'assuré et ses ayants-droit reçoivent, chaque année, pour information, un récapitulatif détaillé des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. »

(Article L. 322-4 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Après les mots : « ayants droits mineurs », supprimer la fin de cet article.

Amendements présentés par M. Jacques Domergue :

- Après les mots : « ayants droits mineurs », supprimer la fin de cet article.

- Après les mots : « ayants droits mineurs », insérer les mots : « , les personnes relevant de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

- Dans le premier alinéa de cet article, après les mots : « ayants droits mineurs », insérer les mots : « et les bénéficiaires d'affections de longue durée ».

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Après les mots : « ses ayants droit mineurs », insérer les mots : « , les enfants à charge au sens des articles L. 512-3 et L. 513-1 du code de la sécurité sociale jusqu'à l'âge fixé par voie réglementaire ».

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

- Après les mots : « pour ses ayant droits mineurs », insérer les mots : « , pour les personnes atteinte d'une affection de longue durée, ».

- Après les mots : « pour ses ayant droits mineurs », insérer les mots : « , pour les personnes bénéficiaires d'une pension d'invalidité, ».

- Après les mots : « pour ses ayant droits mineurs », insérer les mots : « , pour les personnes bénéficiaires du minimum-vieillesse, ».

- Après les mots : « pour ses ayant droits mineurs », insérer les mots : « pour les personnes bénéficiaires d'une allocation adulte handicapé, ».

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Compléter cet article par les mots : « et les étudiants ».

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Compléter cet article par les mots : « et les femmes en congés maternité ».

- Compléter cet article par les mots : « et personnes de plus de 60 ans ».

- Compléter cet article par les mots : « et les personnes privées d'emploi ».

- Compléter le cet article par les mots : « et les consultations ou actes qui relèvent de la prévention ».

- Compléter cet article par les mots : « et les consultations ou actes qui relèvent de la vaccination ».

- Compléter cet article par les mots : « et les consultations ou actes qui relèvent de maladies chroniques ».

- Compléter cet article par les mots : « et les consultations ou actes qui font suite à une maladie professionnelle ».

Article 11

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le III de cet article.

- Supprimer le V de cet article.

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Rédiger ainsi le V de cet article :

« La loi de financement de la sécurité social fixe le montant de la participation forfaitaire prévu au II de l'article L. 322-2. »

(retiré en commission)

Amendement présenté par M. Jacques Domergue :

Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« La participation forfaitaire pour chaque acte et chaque consultation ne peut faire l'objet d'un remboursement par un organisme de protection sociale complémentaire. »

Après l'article 11

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

I. - Supprimer l'article L.174-4 du code la sécurité sociale.

II. – La perte de recettes est compensée par le relèvement à due concurrence de la contribution sur les jeux exploités par la Française des jeux visée au L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

Article 12

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le I cet article.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer l'avant-dernier alinéa du I cet article.

(Article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi le dernier alinéa de cet article :

« Un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'Ordre des médecins détermine les modalités d'application du présent article ».

(devenu sans objet)

Article 12 (suite)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Supprimer le II cet article.

• Dans le dernier aliéna du II cet article, substituer aux mots : « cette carte », les mots : « la carte électronique individuelle interrégime ».

Amendement présenté par Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le III cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Dans le dernier alinéa du III de cet article, substituer aux mots : « il peut être demandé », les mots : « il est demandé ».

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Dans la dernière phrase de cet article, après les mots : « il peut être demandé à l'assuré d'attester », insérer les mots : « auprès des services administratifs ».

(devenu sans objet)

Article 13

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article
- Supprimer le I de cet article.

(Article L.162-1-14 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « les professionnels de santé, ».

• Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « les établissements de santé ou, ».

• Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « ou les assurés, ».

- Supprimer l'avant-dernier alinéa de cet article.
- Supprimer le dernier alinéa de cet article.

Article 13 (suite)

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Supprimer le II de cet article.

Article 14

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article

(Article L.162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi cet article :

« *Art. L. 162-1-15.* - Le directeur de la caisse peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L 162-1-14 à laquelle sont associés des professionnels de santé, ou lorsqu'il existe une convention pour la profession concernée après application des procédures prévues par celle-ci et avis de la commission paritaire conventionnelle, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture des frais de transports ou du versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L.321-1, en cas de constatation par ce service:

« 1° Du non respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 ;

« 2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieures aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie

« 3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transports constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transports. »

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le premier alinéa de cet article.
- Supprimer le 1° de cet article.
- Supprimer le 2° de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Rédiger ainsi le troisième alinéa (2°) de cet article :

« 2° Ou d'abus constatés en matière de prescriptions d'arrêt du travail donnant lieu au versement d'indemnités journalières, mentionnés à l'article L. 315-1 du même code, consacré au contrôle médical. »

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Dans le 2° de cet article, supprimer le mot : « significativement ».
- Supprimer le 3° de cet article.
- Dans le 3° de cet article, supprimer le mot « significativement ».

Article 14 (suite)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Dans la première phrase du dernier alinéa de cet article, après la référence : « L.321-1 », insérer les mots : « du code de la sécurité sociale ».

(devenu sans objet)

(Article L.162-1-15 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Dans le dernier alinéa de cet article, substituer aux mots :

« que les prescriptions de transport ou d'arrêt de travail du médecin ne donnent pas lieu à prise en charge pendant une durée ne pouvant excéder six mois. Le médecin est tenu d'informer les assurés sociaux qui ont recours à lui de cette suspension de prise en charge. »

les mots :

« d'appliquer les sanctions prévues à l'article L.162-1-14. »

(devenu sans objet)

Après l'article 14

Amendements présentés par Mme Martine Billard :

• Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, après les mots :

« appartenant à la même profession »,

insérer les mots :

« et exerçant dans des conditions équivalentes »

• Dans le II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, supprimer le dernier alinéa.

Article 15

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le 1° du I de cet article.
- Supprimer le 2° du I de cet article.

Amendement présenté par Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le II de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Après le II de cet article, insérer un paragraphe II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – Le cinquième alinéa de l'article L. 321.1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le renouvellement d'arrêts de travail est fait par le médecin conseil. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le III de cet article.

Article 16

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(Article L.133-4-1 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le premier alinéa de cet article.
- Dans le premier alinéa de cet article, après la référence : « L. 133-4 », insérer les mots : « du présent code ».
- Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « d'assurance maladie ou ».
- Dans la première phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « ou d'accident du travail et de maladie professionnelle ».
- Dans la deuxième phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « , y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance de frais ».
- Dans la deuxième phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « , par retenues sur les prestations à venir, ou ».
- Dans la deuxième phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « , ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement ».
- Compléter cet article par la phrase suivante : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas pour les assurés sociaux mineurs. »
- Compléter cet article par la phrase suivante : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas pour les assurés sociaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle définie aux article L.861-1 et suivant du code de la sécurité sociale. »
- Compléter cet article par la phrase suivante : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas pour les assurés sociaux de 60 ans ou plus. »
- Compléter cet article par la phrase suivante : « Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas pour actes ou prestations relevant de la prévention. »

Après l'article 16

Amendement présenté par Mme Michèle Tabarot :

Après le troisième alinéa de l'article L.861-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La demande d'attribution de la protection complémentaire en matière de santé est soumise à un contrôle systématique, a priori ou a posteriori, portant notamment sur les conditions de ressources, par l'organisme auprès duquel elle a été déposée.

« Pour l'appréciation des ressources du demandeur, définies à l'alinéa 1, l'organisme, en charge de l'instruction du dossier, peut avoir recours aux services fiscaux du département. »

Avant l'article 17

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Tous les six mois, le Gouvernement réunit une Conférence nationale sur la politique du médicament avec les acteurs concernés afin d'atteindre en trois ans un objectif de diminution de 20 % de la consommation de médicaments.

Article 17

Amendement présenté par M. Pierre Morange :

Compléter cet article par la phrase suivante :

« Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et/ou de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être données par le demandeur. »

Après l'article 17

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

L'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

« Les médecins sont tenus de libeller leur ordonnance, support de la prescription, en dénomination commune, correspondant aux spécialités figurant dans un groupe de génériques mentionné au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

Article 18

(article L.162-17-8 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Au début de cet article, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Dès à présent, la publicité sur les médicament est exclusivement réservée à la presse spécialisée. Pour chaque spécialité, un montant maximum des charges de publicité est fixé par décret en conseil d'Etat. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Compléter cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

« La charte de qualité doit prévoir :

« - la hiérarchisation des prescriptions en fonction de la pathologie

« - la promotion du médicament générique et de la possibilité de substitution. »

Article 18 (suite)

Amendement présenté par M. Yves Bur :

Compléter le III de cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

« 3° Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'une entreprise signataire ne s'engage pas à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 ou ne respecte pas cet engagement, le comité économique des produits de santé peut prononcer une pénalité financière à son encontre, dans les conditions prévues aux deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 162-17-7 et après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, dans les conditions prévues aux deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas ».

(retiré en commission)

Après l'article 18

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Il est inséré un article L.162-16-4-1 du code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« *Art. L.162-16-4-1.* - L'entreprise dont la spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, prévue à l'article L.5121-8 du code de la santé publique, doit procéder à la demande de l'inscription de son médicament sur une liste de produits remboursables dans les conditions déterminées à l'article L.162-17 du présent code. »

- Après le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si les médicaments visés au précédent alinéa présentent un service médical rendu insuffisant ou nul déterminé selon des critères fixés par décret et après avis des commissions compétentes, l'autorisation de mise sur le marché leur est retirée et le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale procède au retrait du médicament sur la liste visée au premier alinéa. »

- L'article L. 162-17-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L.162-17-6.* - L'entreprise qui exploite un médicament bénéficie, lorsque ce médicament présente, par son amélioration du service médical rendu, un intérêt particulier pour la santé publique, d'une procédure d'inscription accélérée sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17.

« A défaut d'accord en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4 du présent code, le Ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe le prix du médicament après avis du comité économique des produits de santé. »

- Dans le chapitre 3 du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale, il est inséré l'article suivant :

« *Art. L. 163.* - Lorsqu'un médicament a pu bénéficier d'une autorisation de mise sur le marché et d'une inscription sur la liste des médicaments et spécialités remboursables, alors il doit être pris en charge par l'assurance maladie à 100 %. »

• Il est créé avant le livre I de la cinquième partie du code de la santé publique un livre I A rédigé comme suit :

« Livre premier A

« Conseil national du médicament

« Titre I

« Missions du Conseil national du médicament

« Art. L. 5110-1. - En collaboration avec le Haut Conseil de Santé publique, la mission du Conseil national du médicament consiste à fixer des objectifs de santé publique à l'ensemble de l'industrie pharmaceutique.

« Il est chargé, en collaboration avec l'ensemble des instances publiques missionnées à cet effet, de l'élaboration de toutes recommandations et propositions de réformes qui lui paraissent de nature à faciliter la mise en œuvre des objectifs précités.

« Les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires et complémentaires de l'assurance maladie sont tenus de communiquer au Conseil les éléments d'information et les études dont ils disposent pour l'exercice de ses missions. Le Conseil fait connaître ses besoins d'informations statistiques pour qu'ils soient pris en compte dans les programmes des travaux statistiques et d'études de ces administrations, organismes et établissements.

« Art. L. 5110-2. - Le Conseil nationale élabore un rapport annuel sur :

« 1° L'adéquation entre les besoins de santé et la production pharmaceutique

« 2° L'état de la recherche pharmaceutique et préconiser des orientations de recherche

« 3° Ses préconisations en matière d'aide financière publique à la recherche sélective en fonction de la satisfaction effective des besoins de santé

« Art. L. 5110-3. - En vue de l'accomplissement de ses missions, le Conseil :

« 1° Procède ou fait procéder à toutes les expertises médicales, sanitaires, sociales et économiques qu'il jugera utile d'engager.

« 2° Recueille toutes les données scientifiques et techniques nécessaires à ces missions

« 3° Participe à l'action européenne et internationale de la France

« Titre II

« Organisation du Conseil nationale du médicament

« Art. L. 5110-4. - Le Conseil national du médicament est composé d'un représentant de chaque groupe parlementaire de l'assemblée nationale et du sénat, de six représentants des directions et des salariés des laboratoires pharmaceutiques, de six représentants des chercheurs du secteur public et du secteur privé, d'un représentant de chaque syndicat représentatif des professionnels de santé, d'un représentant du Conseil de l'Ordre des pharmaciens, de trois personnalités qualifiées issues des conseils d'administration de la CNAMTS, de la MSA et de la CANAM, de trois représentants d'associations d'usagers des services de santé, et de trois personnalités qualifiées mandatées par la Conférence nationale de santé.

« Art. L. 5110-5. - Les ressources du Conseil sont constituées notamment par :

« 1° Un relèvement de 1% de la contribution sociale de solidarité sur les bénéfiques du secteur de l'industrie, des laboratoires et des officines pharmaceutiques

« 2° Des produits divers, dons et legs

« 3° Des taxes nouvelles sur les produits de l'alcool, du tabac, de l'industrie automobile, de l'industrie agro-alimentaire prévues à son bénéfice

« La présente nomination des livres de la cinquième partie du code de la santé publique est décalée en conséquence.

« Les modalités d'application du présent livre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

• L'article L. 5121-8 du code de la santé publique est complété par l'alinéa suivant :

« L'attribution de l'autorisation de mise sur la marché engage l'entreprise à procéder à l'examen de sa spécialité en vue de son inscription sur la liste des spécialités remboursables visée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Si l'amélioration du service médical rendu, ou du service médical rendu, est attesté le Ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale arrête l'inscription du médicament sur cette liste. »

• I.- L'article L. 5311-1 du chapitre premier du titre premier du titre III du code de la santé publique est ainsi modifié :

« 1° Après le premier alinéa sont insérés les mots :

« L'agence contribue principalement au contrôle et à la surveillance de la valeur thérapeutique et du prix de mise sur le marché des médicaments. Elle peut le cas échéant, lorsqu'elle constate une infraction morale, financière ou économique aux dispositions législatives ou réglementaires, ou bien lorsqu'elle constate une position manifeste de mauvaise foi de la part des demandeurs dont l'effet est préjudiciable à la santé publique, prononcer la suspension de la procédure de mise sur le marché du médicament. Elle a le devoir d'en informer alors le ministre de la santé et de la sécurité sociale ainsi que le Parlement, qui alors s'en saisit et juge de l'opportunité de constituer une mission d'information sur le sujet.

« 2° Au second alinéa, après les mots « l'agence participe », insérer le mot « aussi ».

II. - A l'article L. 5312-1, supprimer les mots : « , soit pour une durée n'excédant pas un an en cas de danger ou de suspicion de danger, soit ».

• I. – Il est créé un fonds d'aide au développement de la recherche sur les maladies rares et les maladies tropicales.

Les recettes de ce fonds sont constituées par une taxe sur le chiffre d'affaire des entreprises préparant des médicaments déterminée par décret.

Sont exonérées de cette taxe :

1° les entreprises dont le chiffre d'affaire est inférieur au montant fixé par le décret prévu à l'alinéa précédent ;

2° les entreprises dont l'évolution des dépenses de recherche et de développement en France l'année précédente est supérieure à celle de leur chiffre d'affaire en France.

II. – Compléter cet article par le paragraphe suivant : « La perte de recettes est compensée par le relèvement à due concurrence de la contribution sur les jeux exploités par la Française des jeux visée au L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. »

Avant l'article 19

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

I- Il est créé un Conseil consultatif de l'assurance maladie. Il a pour missions :

1° de participer à la réflexion et d'émettre un avis sur les orientations déterminées par la CNAMTS, la MSA et la CaNAM notamment :

– les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie, à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention et des soins,

– les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre,

– les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité de la prise en charge des soins par l'assurance maladie ;

2° de donner un avis motivé au gouvernement ou aux conseils d'administration des caisses nationales d'assurance maladie sur toute question qu'ils lui soumettent ;

3° d'organiser ou de contribuer à l'organisation de débats publics permettant l'expression des citoyens sur les questions de l'assurance maladie.

II. - Le Conseil consultatif de l'assurance maladie est composé, outre son président nommé en son sein, de représentants des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales les plus représentatives, des associations d'usagers du système de soins, des professionnels de santé, des complémentaires de santé et des départements ministériels intéressés, ainsi que de personnalités qualifiées.

III. - Les administrations de l'Etat, les établissements publics de l'Etat et les organismes chargés de l'assurance maladie sont tenus de communiquer au Conseil les éléments d'information et les études dont ils disposent et qui lui sont nécessaires pour l'exercice de ses missions. Le Conseil fait connaître ses besoins afin qu'ils soient pris en compte dans les programmes de travaux statistiques et d'études de ces administrations, organismes et établissements.

IV. - Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret.

Article 19

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Rédiger ainsi le 3^{ème} alinéa du I de cet article : « le Conseil scientifique de santé ».

(article L. 161-37 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Dans le premier alinéa de cet article, supprimer le mot : « indépendante ».

- Supprimer le 1^o de cet article.
- Après les mots : « qu'ils rendent », supprimer la fin du 1^o de cet article.
- Supprimer le 2^o de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Rédiger ainsi le 1^{er} alinéa du 2^o de cet article :

« 2^o Veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé mentionnée à l'article L. 1414-2 du code de la santé publique, et procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines, notamment avec le concours du Fonds prévu à l'article L. 4001-1 du code de la santé publique. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Au début du premier alinéa du 2^o de cet article, supprimer les mots : « Veiller à l'élaboration des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique et procéder à leur diffusion ».

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Compléter le premier alinéa du 2^o de cet article par les mots : « , et contribuer la politique de prévention de santé. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le dernier alinéa de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer le dernier alinéa de cet article.

(retiré en commission)

Amendement présenté par M. Pierre Morange :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« La Haute autorité établit chaque année un rapport public, qui est remis au Président de la République et au Parlement. »

(devenu sans objet)

Amendement présenté par Mme Michèle Tabarot :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 3^o Participe, en collaboration avec le ministre en charge de l'éducation nationale, à l'élaboration d'un programme d'apprentissage des bonnes pratiques de santé, durant toute la scolarité obligatoire, en fonction de l'autonomisation des enfants et des besoins spécifiques liés à chaque âge. »

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Après le 2^o de cet article, insérer un 3^o ainsi rédigé :

« 3^o De mener une réflexion sur la création d'une contribution sociale sur les actifs financier des entreprises échappant à tout prélèvement pour financer le régime de l'assurance maladie. »

- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur la gratuité des soins. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur la généralisation des actes et consultations de prévention. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur le développement de l'éducation à la santé. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur la réforme des cotisations sociales prenant en compte la valeur ajoutée globale. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur l'amélioration du niveau de remboursement général par l'assurance maladie. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur le développement de la recherche en matière de santé et de prévention. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur la prise en charge d'une visite médicale annuelle de médecine préventive, dès la naissance jusqu'à la fin de la vie. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur L'assurance d'un suivi tout au long de la vie, des vaccinations et, en fonction de l'évolution des connaissances médicales, des actes de dépistage en commençant par les maladies les plus courantes et les plus graves. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion pour Assurer une visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion pour garantir la liberté de choix et l'accès direct aux praticiens sans discrimination quant au remboursement. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur la gratuité pour les consultations et soins induits par la médecine scolaire, les examens de prévention pour les adultes. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :
« 3° De mener une réflexion sur la gratuité des soins pour les malades atteints de « maladies longues et coûteuses » ainsi que pour les maladies chroniques et leurs soins complémentaires. »
- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :

« 3° De mener une réflexion sur la prise en charge intégrale des soins de suite à l'hospitalisation. »

- Après le 2° de cet article, insérer un 3° ainsi rédigé :

« 3° De mener une réflexion sur la suppression du secteur 2 à honoraires libres pour les médecins libéraux et des lits privés dans l'hôpital public. »

(article L.161-38 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Au début de la deuxième phrase du premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « Elle peut également être consultée sur le bien fondé et les », les mots : « Elle décide des ».

(article L.161-39 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Pierre Morange :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« Le collège détermine le programme de travail de la Haute autorité, sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

(article L.161-40 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

- Substituer au premier alinéa de cet article deux alinéas ainsi rédigés :

« – Les membres du collège sont nommés pour un mandat de six ans par les plus hautes autorités de l'Etat parmi des personnalités reconnues pour leur qualification, leur expérience, leur renommée internationale et par le consensus scientifique qu'elles peuvent générer dans les domaines de compétences de la haute autorité.

« – Pour les situations exceptionnelles de défaillance majeure du collège ou de l'un de ces membres un processus de révocation pourra être engagé devant les autorités juridiques compétentes. Un vote majoritaire du Parlement pourra saisir la juridiction concernée. »

- Substituer aux 1°, 2°, 3° et 4° de cet article quatre alinéas ainsi rédigés :

« 1° Deux membres nommés par l'Académie de médecine ;

« 2° Deux membres nommés par l'Académie de chirurgie ;

« 3° Deux membres nommés par l'Académie de pharmacie ;

« 4° Deux membres nommés par l'INSERM. »

(Article L.161-41 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- A la fin de la première phrase de l'avant-dernier alinéa de cet article, supprimer les mots : « soit par un statut fixé par décret ».

(Article L.161-42 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(Article L.161-43 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Supprimer le 4° cet article.

(Article L.161-44 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Article 19 (suite)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le II de cet article.

Article 20

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le II de cet article.

Amendements présentés par Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le III de cet article.

Avant l'article 21

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Après l'article 6 *octies* de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires, il est inséré un article 6 *nonies* ainsi rédigé :

« *Art. 6 nonies.*- I. - Afin de contribuer au suivi des lois de financement de la sécurité sociale, la délégation parlementaire dénommée Office parlementaire de contrôle et de suivi de l'assurance maladie a pour mission :

« – de participer à l'élaboration des lois de financement de la sécurité sociale ;

« – de suivre et de contrôler les comptes de l'assurance maladie ;

« – d'alerter le Parlement, l'Etat et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ;

« – de rendre un rapport annuel sur la conformité de l'action de l'assurance maladie avec les objectifs de santé publique votés par le Parlement ;

« – d'éclairer les décisions du Parlement sur l'ensemble de ces questions.

« A cet effet, elle recueille des informations, met en oeuvre des programmes d'études et procède à des évaluations.

« II.- La délégation est composée :

« – des présidents des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales ainsi que des rapporteurs de ces commissions en charge de l'assurance maladie dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale ;

« – de seize députés et seize sénateurs désignés de façon à assurer, au sein de chaque assemblée, une représentation proportionnelle des groupes politiques, en tenant compte des membres de droit, chaque groupe ayant au moins un représentant. Les députés sont désignés au début de chaque législature pour la durée de celle-ci. Les sénateurs sont désignés après chaque renouvellement partiel du Sénat.

« L'office est présidé alternativement pour un an par le président de la commission chargée des affaires sociales de l'Assemblée nationale et par le président de la commission chargée des affaires sociales du Sénat. Elle élit en son sein un rapporteur général qui ne peut être membre du groupe majoritaire à l'Assemblée nationale.

« III.- La délégation est assistée d'un conseil d'experts composé de six personnalités choisies en raison de leurs compétences dans le domaine de la sécurité sociale.

« Les membres du conseil d'experts sont désignés pour trois ans dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation.

« Le conseil d'experts est saisi dans les conditions prévues par le règlement intérieur de la délégation, chaque fois que celle-ci l'estime nécessaire.

« IV.- La délégation peut recueillir l'avis des professionnels de santé, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la Haute autorité de santé, de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale ainsi que des organisations syndicales et professionnelles et des associations intervenant dans le domaine de la santé et de la sécurité sociale.

« V.- La délégation est saisie par :

« 1° Le Bureau de l'une ou l'autre assemblée, soit à son initiative, soit à la demande d'un président de groupe, soit à la demande de soixante députés ou de quarante sénateurs ;

« 2° Une commission spéciale ou permanente.

« VI.- La délégation dispose des pouvoirs définis par le IV de l'article 164 de l'ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958 portant loi de finances pour 1959.

« La délégation suit et contrôle l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale. Elle constate tout écart entre l'objectif national voté par le Parlement et l'exécution des dépenses. Si les

données relatives à l'exécution font apparaître un écart supérieur à 10% par rapport aux prévisions de dépenses, le gouvernement est tenu de présenter, dans les meilleurs délais, un projet de loi de financement rectificatif de la sécurité sociale.

« En cas de difficultés dans l'exercice de sa mission, la délégation peut demander, pour une durée n'excédant pas six mois, à l'assemblée d'où émane la saisine de lui conférer les prérogatives attribuées par l'article 6 aux commissions parlementaires d'enquête, à leurs présidents et à leurs rapporteurs. Lorsque la délégation bénéficie de ces prérogatives, les dispositions relatives au secret des travaux des commissions d'enquête sont applicables.

« Le Président et le rapporteur général de la délégation procèdent à toutes investigations sur pièces et sur place, et à toutes auditions qu'ils jugent utiles.

« VII.- Les travaux de la délégation sont confidentiels, sauf décision contraire de sa part.

« Les résultats des travaux exécutés et les observations de la délégation sont communiqués à l'auteur de la saisine.

« Après avoir recueilli l'avis de l'auteur de la saisine, la délégation peut les rendre publics.

« Toutefois, lorsque la délégation a obtenu le bénéfice des dispositions de l'article 6, la décision de publication ne peut être prise que par l'assemblée intéressée, dans les conditions fixées par son règlement pour la publication des rapports des commissions d'enquête.

« VIII.- La délégation établit son règlement intérieur ; celui-ci est soumis à l'approbation des Bureaux des deux assemblées.

« IX.- Les dépenses afférentes au fonctionnement de la délégation sont financées et exécutées comme dépenses des deux assemblées parlementaires dans les conditions fixées par l'article 7. »

(retiré en commission)

Article 21

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

(article L.111-11 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Après les mots « Chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet », insérer les mots :
« après consultation des organismes représentatifs des professions de santé et des établissements, ».

Article 22

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Pierre Morange :

Rédiger ainsi le I de cet article :

« I. - Le chapitre IV du titre I du livre I^{er} du même code est complété par une section 7 ainsi rédigée :

« *Section 7*

« *Comité des finances sociales*

« *Art. L. 114-4-1. - I. - Le Comité des finances sociales a pour missions:*

« 1° De suivre l'évolution des comptes de tous les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi, qui lui sont transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ou le ministre chargé du travail.

« 2° De suivre les relations financières entre les collectivités publiques et les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi. A ce titre, il vérifie notamment :

« a) L'application de l'article L. 131-7 relatif à la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales par le budget de l'Etat ;

« b) L'évolution du périmètre respectif des dépenses du budget de l'Etat et des régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi ;

« c) L'évolution des transferts de recettes entre l'État et les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi ;

« d) Les conditions dans lesquelles des prestations sont servies par les régimes, organismes et dispositifs de protection sociale rendus obligatoires par la loi pour le compte de l'État ou des collectivités territoriales et des prestations réalisées par tes services de l'État ou des collectivités territoriales pour le compte de ces régimes, organismes et dispositifs;

« e) Les conditions de versement des cotisations de sécurité sociale des employeurs publics ;

« 3° De veiller au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement. A ce titre, lorsqu'il considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent significativement l'objectif voté en loi de financement, il émet une alerte à destination du Parlement, du Gouvernement et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Cette union doit alors proposer des mesures de redressement, dont l'impact financier donne lieu à un avis du comité. Elle ne peut prendre aucune décision relevant de ses compétences ni signer aucun accord ou convention ayant pour effet d'augmenter globalement les dépenses prises en charge par l'assurance maladie jusqu'à la plus prochaine loi de financement ;

« Le comité est saisi pour avis par le Gouvernement ou les rapporteurs des lois de financement de la sécurité sociale nommés au sein de chaque Assemblée sur tout projet de texte législatif ou réglementaire ayant des incidences importantes sur les relations financières entre les collectivités publiques et la sécurité sociale.

« Il établit chaque année deux rapports qui sont rendus publics et transmis au Parlement et au Gouvernement avant, respectivement, le 1^{er} juin et le 30 septembre.

« II. – Le Comité des finances sociales comprend :

« 1° Quatre députés désignés par le Président de l'Assemblée nationale et quatre sénateurs désignés par le Président du Sénat;

« 2° Des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« 3° Quatre représentants de l'État, désignés par décret.

« Le comité est renouvelable tous les trois ans. Il est présidé par un des membres mentionnés au 1°, désigné d'un commun accord par le président de l'Assemblée nationale et par le président du Sénat.

« III. - Le Comité des finances sociales est assisté par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de ses travaux et la préparation de ses dossiers et rapports. Il transmet aux membres du comité tout élément d'analyse qu'il estime utile pour la compréhension de l'évolution des finances sociales et de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

« Le comité élabore son règlement intérieur. Il se réunit sur convocation de son président, qui fixe l'ordre du jour des réunions.

« Le comité peut se faire communiquer par les administrations de l'État et tout régime ou organisme relevant de sa compétence tous les renseignements d'ordre financier, comptable et administratif nécessaires à l'exercice de ses missions. »

(retiré en commission)

Article 22

(article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Dans la deuxième phrase du premier alinéa de cet article, substituer aux mots : « le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale », les mots : « le directeur de l'Institut des données de santé, ».

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Compléter le troisième alinéa de cet article par les mots suivants : « , et formule des préconisations visant à son respect. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Dans la première phrase du quatrième alinéa de cet article, après le mot : « considère », insérer les mots : « en s'appuyant sur les données fournies en temps réel par l'Institut des données de santé ».

Amendement présenté par M. Bernard Perrut :

Compléter la deuxième phrase de l'avant dernier alinéa de cet article par les mots : « après concertation avec les professions intéressés ».

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le 1° du I de cet article.
- Supprimer le 2° du I de cet article.

- Dans le troisième alinéa (2°) du I de cet article, substituer aux mots : « de l'assuré », les mots : « intégrale de la caisse primaire ».

- Supprimer le 3° du I de cet article.

- Rédiger ainsi le 3° du I de cet article :

« 3° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La participation est réduite ou supprimée par décision du conseil d'administration de la CNAMTS, de la MSA et de la CANAM. Le ministre chargé de la santé peut s'opposer à cette décision pour des motifs sanitaires d'urgence. »

- Supprimer le II de cet article.

- Supprimer le III de cet article.

Article 24

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.

- Supprimer le deuxième alinéa du I de cet article.

- Après les mots : « décidés par », rédiger ainsi la fin du deuxième alinéa du I de cet article :

« les conseils d'administration élus des caisses d'assurance maladie après avis de la Haute Autorité de santé qui se prononce pour chacune des indications thérapeutiques ou diagnostiques sur l'évaluation du service attendu de l'acte ou de la prestation. Les conseils d'administration des caisses fixent également le tarif de l'acte ou de la prestation. »

- Supprimer l'avant-dernier alinéa du I de cet article.

- Rédiger ainsi l'avant dernier alinéa du I de cet article :

« Les décisions des conseils d'administration sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe conjointement avec les conseils d'administration des caisses d'assurance maladie la cotation tarifaire de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessous. »

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

- I. - Au début du dernier alinéa du I de cet article, substituer aux mots : « cotation tarifaire », le mot : « hiérarchisation ».

- II. - Après la première phrase de cet article, insérer les phrases suivantes : « La tarification est établie par accord entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé, signataires de la convention et l'UNCAM. L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie transmet pour le compte des parties au ministres leurs propositions d'inscription, de radiation ou de modification des conditions d'inscription ou de tarification en application du II du présent article. »

(retiré en commission)

- Après la première phrase du dernier alinéa du I de cet article, insérer deux phrases ainsi rédigées :

« La tarification est établie par accord entre les syndicats représentatifs des professionnels de santé, signataires de la convention et l'UNCAM. L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie transmet pour le compte des parties au ministres leurs propositions d'inscription, de radiation ou de modification des conditions d'inscription ou de tarification en application du II du présent article. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Après les mots : « de représentants », rédiger ainsi la fin de la deuxième phrase du dernier alinéa de cet article :

« des conseils d'administration des caisses d'assurance maladie. »

Article 25

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.
- Dans le deuxième alinéa (1°) du I de cet article, après les mots : « décidé par le », insérer les mots : « Conseil national du médicament après avis du ».
- Dans le troisième alinéa (2°) du I de cet article, après les mots : « par décision », insérer les mots : « du Conseil national du médicament après avis ».
- Dans le quatrième alinéa (3°) du I de cet article, après les mots : « par décision », insérer les mots : « du Conseil national du médicament après avis ».
- Dans le cinquième alinéa (4°) du I de cet article, après les mots : « par décision », insérer les mots : « du Conseil national du médicament après avis ».
- Supprimer le a) du 5° du I de cet article.
- Après le mot : « choisis », rédiger ainsi la fin du b) du 5° du I de cet article :

« au sein du Conseil national du médicament, quatre représentants de la recherche publique et privée, quatre représentants des professionnels de santé, deux représentants des établissements de santé, quatre représentants des associations d'usagers du système de soins, trois représentants des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant des mutuelles. »
- Rédiger ainsi le c) du 5° du I de cet article :

« c) Il est ajouté un IV ainsi rédigé :

« IV. – Pour prétendre à la représentation au sein de ce comité, il est impératif, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, de ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect à l'affaire examinée. Les personnes collaborant aux travaux du comité ne peuvent, sous les mêmes peines, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

« Les membres du comité et les personnes collaborant à ses travaux sont soumis aux dispositions de l'article L. 4113-6 du code de la santé publique et du premier alinéa de l'article L. 4113-13 du même code.

« Les membres du comité adressent au président de celui-ci, à l'occasion de leur nomination ou de leur entrée en fonctions, une déclaration mentionnant leurs liens, directs ou indirects, avec les entreprises ou établissements dont les produits entrent dans son champ de compétence, ainsi qu'avec les sociétés ou organismes de conseil intervenant dans ces secteurs. Cette déclaration est rendue publique et est actualisée à leur initiative. »

• Après les mots : « remplacés par les mots », rédiger ainsi la fin du a) du 6° du I de cet article :

« Dans ce cas, le conseil national du médicament, après avis du comité économique des produits de santé, peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4. »

• Après les mots : « remplacés par les mots », rédiger ainsi la fin du b) du 6° du I de cet article :

« le conseil national du médicament, après avis du comité économique des produits de santé, prononce »

• Après les mots : « remplacés par les mots », rédiger ainsi la fin du 7° du I de cet article :

« le conseil national du médicament, après avis du comité économique des produits de santé, prononce »

(Article L. 162-38 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi le premier alinéa de cet article :

« *Art. L. 162-38.*- Sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le conseil national des produits de santé et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants ou distributeurs de produits ou prestations, les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, ou ledit conseil pour ce qui concerne les produits mentionnés à l'article L. 165-1, peuvent fixer par décisions, en motivant publiquement leur décision, les prix et les marges des produits et les prix des prestations de services pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale. Cette fixation tient compte en priorité de l'évolution des impératifs de santé publique, des comptes de la sécurité sociale, de la valeur thérapeutique réelle du produit de santé, et dans un second temps, des charges, revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés. »

(Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi cet article :

« *Art. L. 165-2.*- Les tarifs de responsabilité de chacun des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits sous forme de nom de marque ou de nom commercial sont établis par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concernés et le conseil national du médicament.

« Les tarifs de responsabilité des produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 inscrits par description générique sont établis par convention entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique et le conseil national du médicament.

« La fixation de ce tarif tient compte principalement de la valeur ajoutée thérapeutique du produit, de l'amélioration éventuelle de celle-ci, des tarifs et des prix des produits ou prestations comparables, et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. »

(Article L. 165-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi cet article :

« *Art. L. 165-3.*- Le conseil national du médicament, après avis de l'AFSSAPS et du comité économique des produits de santé, peut fixer par convention ou, à défaut, par décision les prix des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.

Lorsque le produit ou la prestation est inscrit sous forme de nom de marque ou de nom commercial, la convention est établie entre le fabricant ou le distributeur du produit ou de la prestation concerné et le conseil national du médicament.

« Lorsque les produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 sont inscrits par description générique, la convention est établie entre un ou plusieurs fabricants ou distributeurs des produits ou prestations répondant à la description générique ou, le cas échéant, une organisation regroupant ces fabricants ou distributeurs et le conseil national du médicament, après avis de l'AFSSAPS et du comité économique des produits de santé. »

Article 25 (suite)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Après les mots : « remplacés par les mots », rédiger ainsi la fin du b) du 1^o du I de cet article :

« Le conseil national du médicament, après avis de l' AFSSAPS et du comité économique des produits de santé peut ».

• Supprimer le II de cet article.

Après l'article 25

Amendement présenté par Mme Michèle Tabarot :

I.- Après le II de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale, insérer un III ainsi rédigé :

« III.- Le Comité économique des produits de santé veille à la bonne application de la charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion par prospection ou démarchage pour les spécialités pharmaceutiques, définie à l'article L. 162-17-8. ».

II.- En conséquence, le III devient le IV.

Avant l'article 26

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• I.- Dans la première phrase du 1^o de l'article 231 du code général des impôts, après les mots : « et de leurs groupements », sont insérés les mots : « des établissements publics de santé, ».

II.- Le taux applicable à l'impôt sur le bénéfice des sociétés est relevé à due concurrence.

• I.- Le 1^o de l'article 279-0 *bis* du code général des impôts est complété par les mots : « et sur des locaux appartenant à des établissements publics de santé ».

II.- Le taux de l'impôt sur les sociétés est relevé à due concurrence.

• Les articles 22 à 35 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 sont abrogés.

• Dans un délai de douze mois à compter de la promulgation de la loi n° du relative à l'assurance maladie, une négociation interprofessionnelle en engagée entre les organisations syndicales représentatives au plan national des professions de santé et les directeurs d'établissements de santé sur les conditions de mise en œuvre de la réduction du temps de travail en milieu hospitalier.

A défaut d'accord dans le délai de douze mois, le gouvernement présentera au Parlement un projet de loi relatif à la réduction du temps de travail dans les établissements de santé.

Article 26

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Article 27

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz et M. Jean-Luc Prél :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le II de cet article.

Article 28

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Rédiger ainsi le 2° du B du I de cet article :

« Dans la deuxième phrase, les mots : « quarante-cinq jours » sont remplacés par les mots : « cinquante jours » et les mots : « ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins » sont remplacés par les mots : « ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou d'égal accès aux soins ».

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Au 2° du B de cet article, supprimer les mots : « et les mots : « ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins » sont remplacés par les mots : « ou pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire »

(Article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi le II de cet article :

« II.- L'arbitre est désigné à la majorité conjointement par les conseils d'administration des trois caisses nationales d'assurance maladie et la majorité des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux concernés. Cet arbitre est mandaté en premier lieu pour élaborer un règlement conventionnel minimal dans l'attente de la convention définitive. »

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

• Dans la deuxième phrase du II de cet article, substituer aux mots : « A défaut ou en cas d'opposition à cette désignation, formés dans les mêmes conditions que celles définies au quatrième alinéa de l'article 162-15 », les mots : « A défaut d'acceptation de ce projet par les parties signataires ou en cas d'opposition conformément à l'article L 162-15. »

(retiré en commission)

- Dans la deuxième phrase du II de cet article, substituer aux mots : « le Premier président de la Cour des comptes », les mots : « Président de la Haute autorité de santé ».

(devenu sans objet)

(Article L. 162-5-9 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Remplacer dans le IV, alinéa 21 les mots : « et au moins une organisation représentative des professionnels de santé libéraux concernés », par les mots : « et au moins un ou plusieurs syndicats représentant la majorité de la profession concernée ».

Après l'article 28

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Les deux premiers alinéas de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« La convention médicale concerne l'ensemble de la profession médicale (médecins généralistes et spécialistes). Des volets spécifiques par type d'activité peuvent être élaborés en complément de cette convention et négociés entre l'UNCAM et les organisations représentatives des médecins libéraux. »

Article 29

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

- Substituer aux trois derniers alinéas du I de cet article, l'alinéa suivant :

« 4° Le cas échéant, une modulation des honoraires visant à faciliter l'installation des professionnels libéraux dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47. La convention fixe les modalités de cette modulation ».

- Rédiger ainsi le deuxième alinéa (4°) du I de cet article :

« Le cas échéant, une modulation des honoraires visant à faciliter l'installation des professionnels libéraux dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47. La convention fixe les modalités de cette modulation. »

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le II de cet article.
- Supprimer le III de cet article.
- Supprimer le IV de cet article.
- Supprimer le V de cet article.

- Supprimer le VI de cet article.
- Supprimer le VII de cet article.
- Supprimer le VIII de cet article.
- Supprimer le IX de cet article.
- Supprimer le X de cet article.

Avant l'article 30

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- I.- Les élections à la sécurité sociale sont rétablies.
- II.- En conséquence, les dispositions contraires des articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2 et L. 215-3 sont abrogées.
- III.- Compléter cet article par le paragraphe suivant :
 - « La perte de recettes est compensée par le relèvement à due concurrence de la contribution sur les jeux exploités par la Française des jeux visée au L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. »
- L'article L. 222-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :
 - « *Art L. 221-3.-* I.- Sont électeurs pour le conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés les assurés sociaux âgés de plus de 16 ans, affiliés au régime général de la sécurité sociale au titre du risque maladie.
 - « La qualité d'électeur s'apprécie à une date fixée par décret.
 - « Les personnes énumérées au I de cet article doivent n'avoir encouru aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 5 et L. 6 du code électoral.
 - « II.- Sont éligibles au conseil d'administration de la caisse pour chaque catégorie d'administrateurs élus correspondante les électeurs âgés de 18 ans accomplis et n'ayant pas fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle ou, dans les 5 années précédentes, à une peine contraventionnelle prononcée en application des dispositions du présent code.
 - « III.- Sont inéligibles, ne peuvent pas être désignés ou perdent le bénéfice de leur mandat :
 - « 1° Les assurés volontaires, les assurés personnels, les employeurs et les travailleurs indépendants qui ne sont pas à jour de leurs obligations en matière de cotisations de sécurité sociale ;
 - « 2° Les membres du personnel des organismes du régime général de sécurité sociale, de leurs unions, fédérations ou de leurs établissements, ainsi que les anciens membres qui ont cessé leur activité depuis moins de 5 ans, s'ils exerçaient une fonction de direction dans l'organisme pour lequel ils sollicitent un mandat, ou qui ont fait l'objet depuis moins de 10 ans d'un licenciement pour motifs disciplinaires ;
 - « 3° Les agents exerçant effectivement, ou ayant cessé d'exercer depuis moins de 5 ans, dans le cadre de leurs attributions, des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme concerné ;
 - « 4° Les personnes, salariées ou non, exerçant les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant d'une entreprise, institution ou association à but lucratif, qui bénéficient d'un concours financier de la part dudit organisme, ou qui participent à la prestation de fournitures ou de services, ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;
 - « 5° Les personnes qui perçoivent, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part d'un organisme du régime général de sécurité sociale ;
 - « 6° Les personnes qui, dans l'exercice de leur activité professionnelle, plaident, consultent pour ou contre l'organisme où elles siègent, ou effectuent des expertises pour l'application de la législation de sécurité sociale à des ressortissants dudit organisme.

« L'inéligibilité des candidats n'entraîne pas l'invalidité de la liste sur laquelle ils se présentent.

« Perdent également bénéfice de leur mandat :

« 1° Les personnes qui cessent d'appartenir à l'organisation qui a procédé à leur désignation au sein du conseil d'administration ;

« 2° Les personnes dont le remplacement est demandé par l'organisation qui a procédé à leur désignation ;

« 3° Les administrateurs qui, sans motif légitime, n'assistent pas à quatre séances consécutives du conseil

« IV.- Les électeurs sont inscrits sur la liste électorale de la commune de leur résidence. Il pourra être fait exception à cette règle suivant des modalités fixées par décret, pour les résidents à l'étranger.

« L'employeur doit communiquer aux organismes compétents le nom, les prénoms, la date et le lieu de naissance ainsi que la résidence du salarié qu'il emploie.

« Les listes électorales sont établies par le maire, assisté d'une commission administrative, compte tenu des documents qui lui sont transmis par les organismes de sécurité sociale, par les administrations, les établissements ou entreprises publics. Elles sont publiées dans chaque commune.

« Les dispositions des articles L. 25, L. 27 et L. 34 du code électoral sont applicables en cas de contestation portant sur la liste électorale telle qu'elle a été établie par le maire.

« V.- La liste des candidats représentant les assurés sociaux est présentée par les organisations syndicales nationales représentatives des salariés au sens de l'article L. 133-2 du code du travail.

« Les listes de candidatures doivent comprendre un nombre de candidats égal au minimum au nombre d'administrateurs à élire et au maximum à une fois et demie ce nombre.

« VI.- Pour assurer aux candidats en présence l'égalité des moyens au cours de la campagne électorale, l'ensemble des candidats de chaque liste disposera de documents dont les caractéristiques, le nombre, les dates d'établissement et d'envoi aux électeurs sont fixés par décret.

« Soixante jours avant la date des élections il est institué une commission présidée par un magistrat et dont la composition est fixée par décret.

« Cette commission est chargée de l'ensemble des opérations matérielles de la propagande électorale et de la préparation du scrutin.

« Les candidats de chaque liste feront procéder eux-mêmes à l'impression de leurs bulletins, circulaires et affiches, dont le coût leur sera remboursé dans des conditions fixées par décret.

« VII.- L'élection des membres du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés a lieu à une date fixée par décret ; celui-ci fixe également la date d'ouverture de la campagne électorale.

« En cas de circonstances faisant obstacles au renouvellement général du conseil d'administration avant la date d'expiration du mandat des administrateurs, les membres au conseil en fonction à cette date continuent, jusqu'à l'installation du nouveau conseil d'administration et pendant un délai ne pouvant excéder six mois, à assumer la gestion et le fonctionnement de cet organisme.

« VIII.- Un décret en conseil d'Etat fixe les conditions de déroulement du scrutin, notamment celles du vote par procuration et du vote par correspondance.

« L'employeur est tenu d'autoriser les salariés à s'absenter afin de leur permettre de participer au scrutin. Cette absence ne peut donner lieu à aucune retenue de rémunération à condition que le salarié justifie s'être présenté au bureau de vote.

« IX.- L'élection des représentants des assurés sociaux au conseil d'administration a lieu au scrutin de liste à la représentation proportionnelle suivant la règle du plus fort reste sans panachage ni rature ni vote préférentiel. Sur chaque liste, les sièges sont attribués aux candidats d'après l'ordre des présentations.

« X.- Le recensement général des votes est opéré par une commission composée, pour chaque collège électoral, du Président du tribunal d'Instance ou d'un juge désigné par lui, président, et de deux électeurs désignés par l'autorité compétente de l'Etat.

« La commission détermine le nombre de suffrages obtenus par chaque liste. Elle proclame les résultats.

« XI.- Les règles établies par les articles L. 10, L. 59, L. 61, L. 67, L. 86, L. 92, L. 93, L. 113 à L. 116 du code électoral s'appliquent aux opérations électorales.

« Les contestations relatives à l'électorat, à l'éligibilité et à la régularité des opérations électorales sont de la compétence du tribunal d'instance qui statue en dernier ressort.

« XII.- Les dépenses afférentes aux élections sont prises en charge par la caisse d'assurance vieillesse, à l'exception des dépenses de fonctionnement courant exposées à ce titre par les collectivités locales et qui leur seront remboursées par l'Etat et de la rémunération des salariés pendant le déroulement du scrutin qui est à la charge des employeurs. Un décret en fixe les conditions d'application. »

Article 30

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I cet article.
- Dans les paragraphes I, II, III, IV et V de cet article, substituer au mot : « conseil », les mots : « conseil d'administration ».
- Dans les paragraphes I, II, III, IV et V de cet article, substituer aux mots : « directeur général », les mots : « directeur de la caisse nationale ».
- Supprimer le II cet article.

(Article L. 221-3 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le deuxième alinéa (1°) de cet article.
- Supprimer le troisième alinéa (2°) de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Dans le neuvième alinéa (1°) de cet article, après les mots « ainsi qu'à l'organisation du système de soins », insérer les mots « y compris les établissements de santé ».

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le dixième alinéa (2°) de cet article.
- Supprimer le onzième alinéa (3°) de cet article.
- Supprimer le douzième alinéa (4°) de cet article.
- Supprimer le treizième alinéa (5°) de cet article.
- Supprimer le quatorzième alinéa (6°) de cet article.
- Supprimer le quinzième alinéa (7°) de cet article.

- Supprimer le seizième alinéa (8°) de cet article.
- Supprimer le dix-septième alinéa (9°) de cet article.

Article 30

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le III de cet article.

(Article L. 221-3-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Substituer au deuxième alinéa de cet article, deux alinéas ainsi rédigés :

« – Le directeur général est nommé par décret en conseil des ministres pour une durée de cinq ans ;

« – Pour les situations exceptionnelles de défaillance majeure du Directeur un processus de récusation pourra être engagé devant les autorités juridiques compétentes .Un vote majoritaire du Parlement pouvant saisir la juridiction. »

Article 30 (suite)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le IV de cet article.
- Supprimer le V de cet article.

Après l'article 30

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Il est créé une caisse spécifique pour les accidents du travail et les maladies professionnelles gérée paritairement. Un décret en fixera l'organisation.

Article 31

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(Article L. 182-2-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(Article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(Article L. 182-2-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Au début du troisième alinéa (1°) de cet article, substituer au mot : « douze », le mot : « six ».

Amendement présenté par M. Yves Censi :

I.- Substituer aux quatre derniers alinéas de cet article les dispositions suivantes :

« 1° Du directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« 2° Du directeur général de la caisse centrale de mutualité sociale agricole.

« 3° Du directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ;

« Les décisions du collège des directeurs sont prises à la majorité, le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés disposant de deux voix et le directeur général de la caisse centrale de mutualité sociale agricole ainsi que le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés disposant chacun d'une voix.

« Le directeur général de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés assure les fonctions de directeur général de l'union. »

II.- L'article L. 182-2-6 est ainsi modifié :

« 1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes, et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1 et les centres de santé ;

« 2° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes, et les accords et contrats régissant les relations avec les professions de santé mentionnées à l'article L. 162-14-1 et les centres de santé ;

« 3° Etablit le contrat type visé à l'article L. 183-1 servant de support aux contrats de services passés entre chaque URCAM et les organismes de sécurité sociale concernés ;

« 4° Met en œuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues à l'article L. 162-16-7 ;

« 5° Peut donner délégation à l'une des caisses nationales d'assurance maladie pour conduire des actions dans les domaines de l'organisation et de la coordination des soins et de la gestion du risque. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prétel :

Rédiger ainsi le dernier alinéa de cet article :

« Pour les situations exceptionnelles de défaillance majeure du Directeur de l'UNCAM et de la CNAMTS, un processus de révocation pourra être engagé devant les autorités juridiques compétentes. Un vote majoritaire du Parlement pouvant saisir la juridiction. »

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Compléter cet article l'alinéa suivant :

« Le collège des directeurs examine toutes les questions dans les domaines de compétences de l'union fixés à l'article L. 182-2-1, avant un examen par le conseil. »

(Article L. 182-2-4 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Rédiger ainsi la dernière phrase du dernier alinéa de cet article :

« Il peut s'opposer à ce second projet par un nouveau vote à la majorité simple. »

(Article L. 182-2-5 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par Mme Claude Greff :

• Dans le deuxième alinéa (1°) de cet article, après les mots : « Négocie et signe, », insérer les mots : « après décision du conseil de l'union ».

• Dans le dernier alinéa de cet article, après les mots : « Négocie et signe, », insérer les mots : « après décision du conseil de l'union ».

• Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 3° Peut donner délégation, après décision du conseil, à l'une des caisses nationales d'assurance maladie pour conclure des actions dans les domaines de l'organisation et de la coordination des soins, de la prévention, et de la gestion du risque. Cette délégation se fait dans le respect des orientations générales définies et des équilibres financiers. »

(Article L. 182-2-6 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(Article L. 182-2-7 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Article 31 (suite)

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Dans le I de cet article, supprimer la section intitulée : « Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire ».

(Article L. 182-3-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Après le premier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Les membres du conseil de la CNAM ne peuvent être membres de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. »

Article 31 (suite)

Amendement présenté par M. Richard Mallié :

Compléter le I de cet article par les dispositions suivantes :

« *Section 3*

« *Union nationale des professions de santé*

« *Art. L. 182-4-1.-* L'union nationale des professions de santé regroupe les représentants de l'ensemble des professionnels de santé. Sa composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.

« L'union nationale des professions de santé émet des avis sur les décisions de l'union nationale des caisses d'assurance maladie prises en application des 2° et 3° de l'article L. 182-2-1.

« L'union nationale des professions de santé émet un avis sur les propositions émises chaque année par les caisses d'assurance maladie en matière d'équilibre financier prévues à l'article L. 1111-11.

« L'union nationale des professions de santé, l'union nationale des caisses d'assurance maladie et l'union nationale des organismes de protection sociale complémentaire établissent un programme annuel de concertation. »

(devenu sans objet)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le II cet article.

Article 32

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le II de cet article.
- Supprimer le III de cet article.
- Supprimer le IV de cet article.
- Supprimer le V de cet article.
- Supprimer le VI de cet article.
- Supprimer le VII de cet article.

Article 33

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.

• Dans les paragraphes I, II, III, IV, V et VI de cet article, le mot : « conseil » est remplacé par les mots : « conseil d'administration ».

- Supprimer le I de cet article.

(Article L. 211-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 3° Le Président de l'Assemblée nationale et le Président du Sénat désigneront des Parlementaires chargés de représenter la Nation ».

(retiré en commission)

(Article L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Après le quatrième alinéa (3°) de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« 4° Un plan d'action en matière de prévention, d'éducation et d'information adapté à la population et au territoire de son ressort. Ce plan fait l'objet d'une évaluation rendue publique. »

Article 33 (suite)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le II de cet article.
- Supprimer le III de cet article.
- Supprimer le IV de cet article.

Amendement présenté par Mme Michèle Tabarot :

I.- Après le IV, insérer un V ainsi rédigé :

« V.- Au II de l'article L. 227-1 du même code, compléter la dernière phrase du premier alinéa par les mots suivants : « définissant des objectifs et des méthodes d'évaluation. »

II.- Par conséquent, les V et VI deviennent respectivement les VI et VII.

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le V de cet article.
- Supprimer le VI de cet article.

Amendement présenté par M. Jean-Michel Dubernard :

Compléter cet article par le paragraphe suivant :

« L'article L. 162-15-4 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-15-4.*- Les réclamations concernant les relations d'un organisme local d'assurance maladie avec ses usagers sont reçues par une personne exerçant la fonction de médiateur pour le compte de cet organisme. Son intervention ne peut pas être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'usager la sollicitant. »

(retiré en commission)

Après l'article 33

Amendements présentés par M. Yves Censi :

- L'article L. 723-2 du code rural est complété un alinéa ainsi rédigé :

« Elles peuvent accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural. »

- Après l'article L. 723-12 du code rural, il est créé un article L. 723-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-12-1.*- La caisse centrale de la mutualité sociale agricole contribue à la mise en œuvre par l'assurance maladie de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention et des soins.

« Elle contribue à la définition :

« – des orientations de la politique de gestion du risque et des objectifs pour sa mise en œuvre,

« – des principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes,

« – des objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur,

« – des axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé. »

Article 34

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

Avant l'article 35

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

« I.- Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« *Section 5*

« *INSEE Santé*

« Un INSEE santé est constitué. Les modalités de fonctionnement et la composition seront fixées par décret. ».

Article 35

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.

(Article L. 161-38 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

- Rédiger ainsi cet article :

« Art. L. 161-38. - Un groupement d'intérêt public dénommé « Institut des données de santé », régi par les dispositions de l'article 21 de la loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France est constitué.

« L'institut national des données de santé a pour objet de promouvoir et de mettre en place le système d'informations homogène et cohérent qui servira à tous les acteurs pour assurer le pilotage efficace de système de santé sur des bases médicalisées.

« Ce groupement d'intérêt public (GIP) sera cogéré par tous les acteurs du système de santé :représentants des acteurs médicaux, assurance maladie, assurance complémentaire et Etat, à égalité de droits et de devoirs, ce qui signifie que chacun des partenaires de cet institut devra mettre à disposition de l'institut ainsi créé toutes les informations dont il dispose et qui pourraient concourir à une bonne gestion du système de pilotage ou de statistiques dans le strict respect de la qualité du système d'informations et de la sécurisation des données. L'institut aura la charge de s'assurer que chaque personne qui accédera aux informations sera habilitée à le faire dans le cadre de sa mission définie par la loi.

« Un décret d'application de la loi précisera les obligations de chaque acteur de santé en regard des missions de l'institut national des données de santé.

« Chaque citoyen sera ainsi assuré par l'institut qu'aucune utilisation abusive des données, non-conforme à la loi ne sera possible.

« Tous les acteurs du système de santé pourront utiliser les produits de cet institut dans la limite des prérogatives que leur confère la loi.

« L'institut sera chargé de promouvoir et de développer la mise en place du dossier médical partagé et concourir à la mise au point des outils nécessaires au pilotage de l'assurance maladie.

« Une régionalisation de la conservation des données sera mise en œuvre pour mieux assurer la sécurité et la progressivité de la montée en charge du système d'informations dont l'institut a la charge. »

- Rédiger ainsi cet article :

« Art. L. 161-38. - Un groupement d'intérêt public dénommé « Institut des données de santé », régi par les dispositions de l'article 21 de la loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France est constitué.

« L'institut national des données de santé a pour objet de promouvoir et de mettre en place le système d'informations homogène et cohérent qui servira à tous les acteurs pour assurer le pilotage efficace de système de santé sur des bases médicalisées.

« Ce groupement d'intérêt public (GIP) sera cogéré par tous les acteurs du système de santé : représentants des acteurs médicaux, assurance maladie, assurance complémentaire et Etat, à égalité de droits et de devoirs, ce qui signifie que chacun des partenaires de cet institut devra mettre à disposition de l'institut ainsi créé toutes les informations dont il dispose et qui pourraient concourir à une bonne gestion du système de pilotage ou de statistiques dans le strict respect de la qualité du système d'informations et de la sécurisation des données. L'institut aura la charge de s'assurer que chaque personne qui accédera aux informations sera habilitée à le faire dans le cadre de sa mission définie par la loi.

« Un décret d'application de la loi précisera les obligations de chaque acteur de santé en regard des missions de l'institut national des données de santé.

« Chaque citoyen sera ainsi assuré par l'institut qu'aucune utilisation abusive des données, non conforme à la loi ne sera possible.

« Tous les acteurs du système de santé pourront utiliser les produits de cet institut dans la limite des prérogatives que leur confère la loi.

« L'institut sera chargé de promouvoir et de développer la mise en place du dossier médical partagé et concourir à la mise au point des outils nécessaires au pilotage de l'assurance maladie.

« Une régionalisation de la conservation des données sera mise en œuvre pour mieux assurer la sécurité et la progressivité de la montée en charge du système d'informations dont l'institut a la charge. »

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Dans le premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « , des organismes assurant une prise en charge complémentaire ».
- Dans le dernier alinéa de cet article, substituer aux mots : « pris après avis », les mots : « sur les recommandations impératives ».

Article 35 (suite)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le II de cet article.

Amendement présenté par M. Pierre Morange :

Dans le II de cet article, après le mot : « sociale », insérer les mots : « et L. 6113-10 du code de la santé publique ».

(retiré en communication)

Avant l'article 36

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

• Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, une agence régionale de santé a pour mission, dans le cadre des orientations définies au niveau national par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et des priorités définies au niveau régional par le conseil régional de santé :

– de définir et de mettre en œuvre une politique régionale d'offre de soins hospitalière et ambulatoire ;

– de promouvoir le bon usage et la qualité des soins ;

– de définir et de mettre en œuvre une politique régionale de prévention.

A ce titre, l'agence régionale de santé :

– analyse l'évolution des besoins de santé et la situation sanitaire de la région ;

– établit un programme régional de prévention et de santé publique ainsi qu'un programme régional d'accès aux soins et à la prévention ;

– assure la gestion des crédits destinés à la promotion des actions de prévention ;

– analyse l'évolution des dépenses de santé dans la région et définit et met en œuvre une politique de gestion du risque ;

– négocie, dans le cadre fixé par les conventions nationales, des accords avec les organisations représentatives des professionnels de santé visant à promouvoir la qualité et la coordination des soins ;

– gère au plan régional les crédits destinés au financement des réseaux de santé ;

– arrête le schéma régional d'organisation sanitaire prévu à l'art. L. 6121-1 du code de la santé publique. Ce schéma prend en compte tant l'offre hospitalière que les évolutions de l'offre libérale ;

– détermine les ressources allouées aux établissements de santé publics et privés en sus des produits issus de la tarification à l'activité ;

- détermine les ressources allouées par l'assurance maladie aux établissements et services médico-sociaux publics et privés accueillant de manière temporaire ou permanente des assurés sociaux en perte d'autonomie que soit leur âge ;

- évalue la qualité de l'offre de soins et diffuse l'information pertinente auprès du public ;

- attribue les crédits visant à favoriser l'installation des professionnels libéraux dans les zones où l'offre libérale est insuffisante ;

- assure par des conventions passées avec les présidents de conseil général la coordination entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social ;

Sous réserve des dispositions relatives au service de contrôle de la sécurité dans le domaine sanitaire telles que prévues à l'article ..., l'agence régionale de santé exerce les attributions nécessaires à l'exercice des missions mentionnées à l'alinéa 1, antérieurement dévolues aux agences régionales de l'hospitalisation, aux unions régionales des caisses d'assurance maladie et aux services déconcentrés de l'Etat.

- Dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse, il est créé un conseil régional de santé.

Il détermine, au regard des priorités retenues au plan national et des spécificités régionales, les priorités régionales en matière de santé publique tant pour ce qui concerne la politique de prévention que pour l'offre de soins. Les priorités retenues font l'objet de plans régionaux de santé établis par l'agence régionale de santé.

Il assure le suivi de l'action de l'agence régionale de santé. A ce titre, il est saisi d'un rapport annuel de l'agence sur la situation sanitaire ainsi que sur l'organisation et la qualité de l'offre de soins. Il formule un avis sur le plan régional de prévention, le schéma régional d'organisation sanitaire, les accords avec les organisations représentatives de professionnels de santé, les plans régionaux de santé, le plan régional d'accès aux soins et à la prévention, un plan prévisionnel annuel d'emploi des crédits de l'agence.

Il délibère sur le rapport d'activité annuel de l'agence qui retrace les actions conduites, les modalités d'exécution du budget de l'agence et décrit, notamment, les résultats obtenus en matière de prévention, de qualité des soins et de respect des droits des malades, d'organisation de l'offre de soins, de financement des établissements de santé, de développement des réseaux et d'évolution des dépenses.

Il réalise les études nécessaires pour apprécier les résultats de la politique sanitaire conduite dans la région. Il dispose, à cet effet, d'un budget propre.

Il peut organiser des débats publics permettant l'expression des citoyens sur des problèmes de politique de santé et d'éthique médicale. »

- L'agence régionale de santé est administrée par un directoire composé :

- d'un directeur général ;

- d'un directeur adjoint chargé de la politique de prévention ;

- d'un directeur adjoint chargé de la politique de qualité et de promotion du bon usage ;

- d'un directeur adjoint chargé des études et de l'évaluation ;

- d'un directeur adjoint chargé des établissements de santé ;

- d'un directeur adjoint chargé de la médecine de ville.

Le directeur général est nommé par décret.

Les directeurs adjoints sont nommés par le ministre chargé de la santé sur proposition du directeur général.

Le directoire comprend au moins trois médecins.

L'action des agences régionales de santé est évaluée, à l'initiative du ministre chargé de la santé, tous les quatre ans. Le rapport d'évaluation est transmis au conseil régional de santé.

- Les agences régionales de santé disposent d'un budget distinguant quatre sections :

- les crédits de fonctionnement de l'agence ;

– les crédits destinés aux actions de prévention ;

– les crédits destinés à l'amélioration de la qualité des soins en ville qui peuvent financer des rémunérations complémentaires des professionnels de santé dans le cadre des contrats visant à promouvoir la qualité et la coordination des soins conclus avec leurs représentants ainsi que toute action contribuant à l'amélioration de la qualité de soins de ville et, notamment, celles qui visent à favoriser l'installation des médecins dans les zones déficitaires, la bonne organisation de la permanence des soins, le regroupement des médecins libéraux et le bon usage des soins ;

– les crédits de la dotation nationale des réseaux destinés au financement des réseaux de santé.

La contribution de l'assurance maladie au budget des agences et les budgets des agences sont déterminés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le directoire des agences régionales de santé peut décider de mouvements de crédits entre les quatre sections sans que les crédits inscrits aux autres sections ne puissent venir abonder les crédits de fonctionnement des agences.

• Le conseil régional de santé est composé de représentants du conseil régional et des collectivités locales, de représentants des organisations d'employeurs, de représentants des organisations de salariés, de représentants des régimes d'assurance maladie, de représentants des organismes d'assurance complémentaire, de représentants des professionnels de santé libéraux, de représentants des professionnels de santé exerçant en établissement de santé, de représentants des professionnels de santé exerçant la médecine préventive, de représentants des établissements de santé, de représentants des associations d'usagers et de malades, de représentants des associations qui œuvrent dans le domaine de la lutte contre l'exclusion et de représentants des associations qui œuvrent dans le domaine de la prévention.

Le représentant du conseil régional est de plein droit président du conseil régional de santé.

L'assemblée plénière du conseil régional de santé peut déléguer à des sections constituées en son sein l'exercice de ses attributions.

• Il est créé un service de contrôle de la sécurité de la dispensation des soins, placé sous l'autorité du représentant de l'Etat dans la région, qui a pour mission de veiller au respect des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique, par les établissements de santé publics et privés ainsi que par les professionnels de santé libéraux.

Le chef de service établit un plan de contrôle.

Il diligente des contrôles à la suite de tout incident laissant présumer un non-respect des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique.

Le directeur de l'agence régionale de santé saisit le chef de service de tout fait dont il aurait connaissance de nature à rendre opportun un contrôle du service.

• La création des agences régionales de santé sera effective au plus tard au 1^{er} juillet 2006.

Durant la période de transition, une négociation sera engagée avec les organisations représentatives des agents appelés à rejoindre soit les agences régionales de santé, soit les services de contrôle de la sécurité de la dispensation des soins.

Il sera proposé à tous les agents appelés à rejoindre ces institutions, une option entre soit le maintien du rattachement à leur convention collective ou statut actuel, soit le bénéfice des règles régissant les personnels des agences régionales ou des services de contrôle. »

• Pour l'exercice de ses attributions, l'agence régionale de santé dispose des services régionaux du contrôle médical des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 36

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.

- Supprimer le B du I de cet article.

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Rédiger ainsi le troisième alinéa du B du I de cet article :

« L'union régionale est destinataire des données rendues anonymes nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie, notamment ceux mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32. Elle est tenue informée par les organismes situés dans le ressort de sa compétence de tout projet touchant l'organisation et le fonctionnement des systèmes d'information. »

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi le troisième alinéa du B du I de cet article :

« L'union régionale est destinataire des données rendues anonymes nécessaires à l'exercice de ses missions contenues dans les systèmes d'information des organismes d'assurance maladie, notamment ceux mentionnés aux articles L. 161-28, L. 161-29 et L. 161-32. Elle est tenue informée par les organismes situés dans le ressort de sa compétence de tout projet touchant l'organisation et le fonctionnement des systèmes d'information. »

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Après le troisième alinéa du B du I de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« L'union régionale est dotée d'un collège des directeurs des caisses d'assurance maladie composé des trois directeurs de l'échelon régional du régime général, de la mutualité sociale agricole, et de la caisse d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés. »

Amendement présenté par M. Yves Censi :

Rédiger ainsi le dernier alinéa du B du I de cet article :

« La gestion administrative de l'union régionale peut être confiée à un organisme local d'assurance maladie par décision du collège des directeurs de l'union nationale des caisses d'assurance maladie. Une convention entre l'union régionale et l'organisme concerné précise, en tant que de besoin, les conditions dans lesquelles cette gestion est assurée. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Dans le dernier alinéa du B du I de cet article, substituer aux mots : « du directeur général de l'union des caisses d'assurance maladie », les mots : « par décision de tous les conseils d'administration de tous les organismes de la région, et après avis de la conférence régionale de santé ».

- Supprimer le A du II de cet article.

- Supprimer le III de cet article.

(Article L. 183-2-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi le début du premier alinéa de cet article :

« Art. L. 183-2-1.- Le conseil d'administration de l'union... » (*le reste sans changement*).

Amendements présentés par Mme Claude Greff :

- Avant le dernier alinéa de cet article, insérer l'alinéa suivant :

« Le conseil peut être saisi par le directeur, sur mandat du collège des directeurs, de toute question relative au fonctionnement de l'union régionale ».

- Dans le dernier alinéa de cet article, après les mots : « sur proposition du directeur », insérer les mots : « sur mandat du collège des directeurs ».

(Article L. 183-2-2 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Claude Greff :

Dans la deuxième phrase du premier alinéa de cet article, supprimer les mots : « exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et ».

(Article L. 183-2-3 du code de la sécurité sociale)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Après les mots : « unions régionales », supprimer la fin de la dernière phrase du premier alinéa de cet article.

- Supprimer le IV de cet article.

(Article L. 183-3 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi cet article :

« *Art. L. 183-3.* – Les postes de directeurs et agents comptables des unions régionales des caisses d'assurance maladie sont pourvus selon les règles et usages en vigueur et admis de l'avancement, qui prévalent au sein de l'institution. »

Amendement présenté par M. Yves Censi :

- Rédiger ainsi le troisième alinéa de cet article :

« Le directeur général de l'union nationale, après avis des directeurs de la caisse d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, peut mettre fin à leurs fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. »

- Dans l'avant-dernier alinéa de cet article, substituer aux mots : « chef de l'échelon régional du service médical », les mots : « responsable de l'échelon régional d'un régime obligatoire d'assurance maladie ».

Après l'article 36

Amendements présentés par M. Jean-Luc Prél :

- L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique est complété par un dernier alinéa ainsi rédigé :

« – de contribuer à la définition des priorités de santé étudiées au niveau régional. Ces priorités seront financées à l'automne lors de la loi de financement de la sécurité sociale. »

- L'article L. 1411-1-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« I.- Remplacer les mots : « représentants des conseils régionaux de santé » par les mots : « membres élus par les conseils régionaux de santé ».

« II.- Ajouter l'alinéa suivant : « les membres de la conférence nationale doivent représenter chaque région. »

- Dans l'article L. 1411-1-2 du code de la santé publique, remplacer les mots : « représentants des conseils régionaux de santé » par les mots : « membres élus par les conseils régionaux de santé ».

- Après le premier alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, ajouter un alinéa ainsi rédigé : « Les membres sont élus par les conseils régionaux de santé ».

- Au deuxième alinéa de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, remplacer les mots : « directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » par les mots : « directeur de l'agence régionale de la santé ».

- A l'article L. 1411-3-1 du code de la santé publique, il est ajouté un septième alinéa ainsi rédigé :

« 7° de contribuer à la définition des priorités de santé étudiées au niveau régional. Ces priorités seront financées à l'automne lors de la loi de financement de la sécurité sociale. »

- A l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, ajouter un dernier alinéa ainsi rédigé :

« La création de maisons médicales rurales et en zones urbaines difficiles sera favorisée par l'Etat. Les collectivités locales pourront participer aux dépenses d'investissement et de fonction. »

- A l'article L. 4133-1 du code de la santé publique, insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

« – Un numerus clausus régional par spécialités est fixé par la Région. »

- A l'article L. 4134-1 du code de la santé publique, insérer un dernier alinéa ainsi rédigé :

« – Dans chaque région, une union des professions paramédicales, exerçant à titre libéral est créée. Les missions et la composition sont définies par décret. »

- Remplacer les articles L. 6115-1 à L. 6115-10 du code de la santé publique par un nouvel article L. 6115-1 ainsi rédigé :

« Chapitre V

« Agences régionales de la santé

« I.- A compter du 31 décembre 2004, est mis en place dans chaque région un organisme dénommé Agence régionale de santé, exécutif régional, qui est compétent pour : l'hôpital, les cliniques, l'ambulatoire, éducation de la santé, la prévention, et la formation.

« Elle réalise ainsi la nécessaire coordination avec la fongibilité des enveloppes. Son rôle consiste à :

« – proposer et mettre en œuvre les priorités de santé publique selon les orientations du conseil régional de santé ;

« – traiter globalement de l'ensemble des problèmes de planification sanitaire ;

« – soutenir la création et le fonctionnement de réseaux de santé publique, de prévention et de soins ;

« – elle est aussi consultée sur l'affectation de l'enveloppe régionale budgétaire fixée par la loi de financement de la sécurité sociale.

« II.- L'Agence régionale de santé réunit l'ensemble des acteurs suivants :

« – agence régionale de l'hospitalisation ;

« – représentants des établissements de santé publique et privés ;

« – élus du conseil régional et des conseils généraux

« – représentants de l'ordre des médecins, des ordres des infirmières, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthoptistes ;

« – représentants des associations de malades et d'anciens malades.

« III.- L'Agence régionale de santé est administrée par une commission exécutive

« La commission exécutive de l'ARS est composée à parité des représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie et des complémentaires, et de représentants du conseil régional de santé élus, du conseil régional.

« Elle est dirigée par un Directeur nommé par le conseil régional. Il rend compte de son action devant le Conseil régional de santé. »

• Les instances régionales de l'assurance maladie et les structures locales ayant des responsabilités en matière de santé et d'action sanitaire et sociale pourront prévoir des actions en matière de prévention, d'éducation pour la santé, de l'organisation des gardes médicales et des urgences ainsi que des mesures incitatives particulières pour favoriser l'installation de praticiens dans les secteurs déficitaires. Ces actions pourront être encouragées par le conseil régional concerné.

Article 37

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le I de cet article.
- Supprimer le II de cet article.
- Supprimer le III de cet article.

(Article L. 162-47 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Rédiger ainsi le premier alinéa de cet article :

« La coordination des soins est assurée par l'agence régionale de santé. Le Directeur après avis de son conseil d'administration détermine : »

Amendement présenté par M. Philippe Vitel :

Rédiger ainsi le deuxième alinéa de cet article :

« 1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent, en particulier, sur proposition des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins, les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ; »

(retiré en commission)

Article 37 (suite)

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le IV de cet article.

Après l'article 37

Amendements présentés par M. Bernard Perrut :

• Après le septième alinéa de l'article L. 6143-5 du code de la santé publique, insérer un aliéna ainsi rédigé :

« 7° Du député de la circonscription sur laquelle est implanté l'Etablissement public de santé. »

• Le président du conseil d'administration des établissements publics de santé rend public chaque année le budget de son établissement.

Article 38

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le 2° de cet article.
- Supprimer le 3° de cet article.
- Supprimer le 4° de cet article.
- Supprimer le 5° de cet article.
- Supprimer le 6° de cet article.
- Supprimer le 7° de cet article.
- Supprimer le 8° de cet article.
- Supprimer le 9° de cet article.
- Supprimer le 10° de cet article.
- Supprimer le 11° de cet article.
- Supprimer le 12° de cet article.
- Supprimer le 13° de cet article.
- Supprimer le 14° de cet article.
- Supprimer le 15° de cet article.
- Supprimer le 16° de cet article.
- Supprimer le 17° de cet article.
- Supprimer le 18° de cet article.
- Supprimer le 19° de cet article.
- Supprimer le 20° de cet article.
- Supprimer le 21° de cet article.

- Supprimer le 22° de cet article.
- Supprimer le 23° de cet article.
- Supprimer le 24° de cet article.
- Supprimer le 25° de cet article.
- Supprimer le 26° de cet article.
- Supprimer le 27° de cet article.
- Supprimer le 28° de cet article.
- Supprimer le 29° de cet article.
- Supprimer le 30° de cet article.
- Supprimer le 31° de cet article.
- Supprimer le 32° de cet article.
- Supprimer le 33° de cet article.
- Supprimer le 34° de cet article.
- Supprimer le 35° de cet article.

Avant l'article 39

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Après l'article L.131-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré l'article L.131-12 (*nouveau*) rédigé comme suit :

« *Art. L.131-12.* - Il est créé une cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers des entreprises et des ménages pour compenser la perte des ressources de la sécurité sociale consécutive à l'exonération des cotisations patronales au régime de base et répondre plus largement aux besoins des assurés sociaux.

« Cette cotisation sur les revenus financiers tient compte de la différence de nature des activités des entreprises et du poids des actifs financiers dans les revenus des ménages :

« a) Une cotisation sociale additionnelle assise sur le montant brut versé par les sociétés, les entreprises et autres personnes morales, hors institutions financières, assujetties en France à la déclaration de l'impôt sur les sociétés au titre de l'article 206 du code général des impôts, des revenus de capitaux mobiliers, des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les opérations menées sur titres, les opérations menées sur les marchés réglementés et sur les marchés à terme des instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés des options négociables.

« b) Une cotisation sociale additionnelle assise sur le montant net versé par les institutions financières assujetties en France à la déclaration de l'impôt sur les sociétés au titre de l'article 206 du code général des impôts, des revenus de capitaux mobiliers, des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les opérations menées sur titres, les opérations menées sur les marchés réglementés et sur les marchés à terme des instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés des options négociables.

« Les institutions financières sont entendues au sens de la comptabilité nationale et définies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

« c) Une cotisation sociale additionnelle assise sur les revenus financiers bruts des ménages, hors intérêts de l'épargne populaire réglementée et des livrets d'épargne centralisés.

« Pour les sociétés placées sous le régime de l'article 223 A du code général des impôts, la cotisation sociale additionnelle est due par la société mère.

« Le montant de cette cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers est fixé à 10,36 %. Le niveau ainsi défini répond dans un souci d'équité à une volonté d'harmonisation des règles de cotisation sociale demandée aux revenus du travail et aux revenus générés par la finance.

« La cotisation sociale additionnelle est contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles que les cotisations sociales assises sur les revenus du travail. »

• Au chapitre VII du livre III du titre I^{er}, il est inséré un article L. 137-6 (*nouveau*) du code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« *Art. L. 137-6.* – Il est institué une contribution assise sur le montant net versée par les sociétés, les entreprises et autres personnes morales, assujetties en France, à la déclaration de l'impôt sur les sociétés, au titre de l'article 206 du code général des impôts, des revenus de capitaux mobiliers, des plus values, gains en capital et profits réalisés sur les opérations menées sur titres, les opérations menées sur les marchés réglementés et sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables.

« Pour les sociétés placées sous le régime de l'article 223 A du code général des impôts, la contribution est due par la société mère.

« Le taux de cette contribution sociale sur les revenus financiers des entreprises est fixé à 10 %. La contribution sociale est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3^o de l'article L.225-1-1. »

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

• L'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-1.* - Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par :

« – des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés,

« – des cotisations des entreprises assises sur leur excédent brut d'exploitation défini comme la différence entre d'une part la valeur ajoutée augmentée des subventions sur les produits et d'autre part la somme constituée des rémunération des assurés et des impôts sur les produits. Pour les entreprises individuelles, cette cotisation est assise sur le revenu mixte.

« – une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1. »

• I.- Au 1^o du second alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, remplacer le taux « 21,42 % » par le taux « 100 % ».

II.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par un relèvement des taux de l'impôt de solidarité sur la fortune définis à l'article 885 U du code général des impôts.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

• Au 1^o de l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale, les mots :

« des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles »

« sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le taux de la cotisation est modulé pour chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée globale. Le ratio ainsi obtenu est affecté de coefficients fixés chaque année par décret. Ces coefficients sont fixés de telle manière que les comptes prévisionnels des organismes de Sécurité sociale et de l'UNEDIC soient en équilibre.

« Un autre décret détermine les modalités selon lesquelles le rapport salaires/valeur ajoutée est pris en compte. Le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel, sont associés au contrôle de ce ratio. »

- L'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.

- Au paragraphe premier intitulé « assurance maladie, maternité, invalidité et décès » de la sous-section 2, de la section première du Chapitre II du Titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 242-4-1. – Le taux de la cotisation est modulé pour chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée globale. Le ratio ainsi obtenu est affecté de coefficients fixés chaque année par décret. Ces coefficients sont fixés de telle manière que les comptes prévisionnels des organismes de Sécurité sociale et de l'Unedic soient en équilibre.

« Un autre décret détermine les modalités selon lesquelles le rapport salaires/valeur ajoutée est pris en compte. Le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel, sont associés au contrôle de ce ratio. »

- Au deuxième paragraphe intitulé « assurance vieillesse » de la sous-section 2, de la section première du Chapitre II du Titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 242-4-2. – Le taux de la cotisation est modulé pour chaque entreprise selon la variation de sa masse salariale dans la valeur ajoutée globale. Le ratio ainsi obtenu est affecté de coefficients fixés chaque année par décret. Ces coefficients sont fixés de telle manière que les comptes prévisionnels des organismes de Sécurité sociale et de l'Unedic soient en équilibre.

« Un autre décret détermine les modalités selon lesquelles le rapport salaires/valeur ajoutée est pris en compte. Le comité d'entreprise, ou à défaut, les délégués du personnel, sont associés au contrôle de ce ratio. »

- I. – Dans la première phrase du 1. de l'article 231 du code général des impôts, après les mots « et de leurs groupements », sont insérés les mots : « des établissements publics de santé, »

II – Le taux applicable à l'impôt sur le bénéfice des sociétés est relevé à due concurrence.

- Au deuxième alinéa de l'article 235 *ter* ZC du code général des impôts, le chiffre : « 3,3 » est remplacé par le chiffre : « 5 ».

- A la section 3 du chapitre IV du livre I du Titre I^{er} du code général des impôts, il est créé un article 244 *quinquies* (nouveau) ainsi rédigé :

« Art. 244 *quinquies*. - Toutes les sociétés ou personnes imposées d'après leurs bénéfices ou sur leur revenu dont l'activité est d'ordre industrielle, commerciale ou agricole, peuvent bénéficier d'un allègement de charge d'intérêt de l'emprunt et de remboursement des crédits de moyen et long termes, sous la forme d'une bonification fiscale dont le barème est fixé par décret, effectués pour leurs investissements productifs, en fonction du nombre d'emplois en contrat à durée indéterminée créés et du nombre de salariés mis en formation à la charge de l'entreprise. »

- I. - Le 1 de l'article 279-0 *bis* du code général des impôts est complété par les mots suivants :

« et sur des locaux appartenant à des établissements publics de santé. »

II. – Le taux de l'impôt sur les sociétés est relevé à due concurrence.

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

• I.- L'affectation de la totalité du produit de la taxe prévue à l'article 991 du code général des impôts sera effectuée par la plus prochaine loi de finances suivant l'adoption de la loi n°.... relative à l'assurance maladie.

II.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par un relèvement des taux de l'impôt de solidarité sur la fortune définis à l'article 885 U du code général des impôts.

• I.- L'affectation de la totalité du produit des droits prévus aux articles 575 du code général des impôts sera effectuée par la plus prochaine loi de finances suivant l'adoption de la loi n°.... relative à l'assurance maladie.

II.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par un relèvement des taux de l'impôt de solidarité sur la fortune définis à l'article 885 U du code général des impôts.

Article 39

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Supprimer le II de cet article.

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Le III de cet article est ainsi rédigé :

« III.- Le septième alinéa (1°) de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 1° Une fraction égale à 99,61 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, à partir du 1^{er} janvier 2005, dans des conditions prévues par la loi de finances ; ».

Amendement présenté par M. Yves Censi :

Rédiger ainsi le III de cet article :

« III.- Dans des conditions prévues par la loi de finances, une fraction du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts est perçue au profit du fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles prévu à l'article L. 731-1 du code rural dans la limite de son déficit comptable et une fraction supplémentaire, à hauteur de 1 milliard d'euros, est perçue au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Dans le III de cet article, substituer au chiffre : « 1 », le chiffre : « 10 ».

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

I.- Au III de cet article, substituer à la somme : « 1 milliard d'euros », la somme : « 7,4 milliards d'euros ».

II.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par un relèvement des taux de l'impôt de solidarité sur la fortune définis à l'article 885 U du code général des impôts.

Après l'article 39

Amendements présentés par Mme Martine Billard :

• I. - 1° Il est créé au chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale une section IV *bis* intitulée : « De la contribution sociale sur la valeur ajoutée ».

2° Un article L. 136-7-2 est ainsi créé dans le code de la sécurité sociale :

« *Art. L. 136-7-2.* – Il est créé une contribution sociale sur la valeur ajoutée. L'assiette prise en considération est l'excédent brut d'exploitation (dépenses de recherche et développement incluses) avant amortissement des survaleurs. Le taux est modulé en fonction de la part des salaires dans la valeur ajoutée, de façon à faire davantage contribuer les entreprises dont la part des salaires dans la valeur ajoutée est plus faible que la moyenne de leur branche d'activité. Il est fixé par décret, après consultation obligatoire du Conseil d'orientation des retraites.

« La contribution est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 205 du Code général des impôts. Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« Les ressources des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) sont abondées par le produit de cette contribution. Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes assurances sociales de la Sécurité sociale. »

II. - En conséquence, à l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, les termes : « et L. 136-7-1 » sont remplacés par les termes : « , L. 136-7-1 et L. 136-7-2 ».

• I. - 1° Il est créé au chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale une section VI *ter* intitulée : « De la contribution sociale sur les revenus financiers »

2° Un article L. 136-7-3 est ainsi créé dans le code de la sécurité sociale :

« *Art. L. 136-7-3* – L'ensemble des revenus financiers provenant des titres émis en France sont assujettis à une contribution sociale dont le taux est égal à la somme du taux défini à l'article L. 136-8 applicable à la contribution sociale mentionnée à l'article 136-1, additionné aux taux des cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues au premier alinéa de l'article L. 241-1 du présent code et aux deuxième et quatrième alinéa de l'article L.241-3 du même code, et du taux de la cotisation, à la charge de l'employeur et du salarié sous le plafond du régime complémentaire conventionnel rendu obligatoire par la loi.

« Sont exonérés de cette contribution sociale les livrets d'épargne populaire, les livrets A, livrets bleus, livrets et comptes d'épargne logement. Les plans épargne populaire courants, avant promulgation de la présente loi, en sont également exonérés pendant cinq ans. Les revenus des biens immobiliers autres que ceux utilisés pour l'usage personnel du propriétaire et de sa famille directe sont assujettis à la même cotisation que les revenus financiers.

« La contribution est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement mentionné à l'article 125 A du Code général des impôts. Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

« Les ressources des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) sont abondées par le produit de cette contribution. Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes assurances sociales de la Sécurité sociale. »

• I. - 1° Il est créé au chapitre VI du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, une section IV *quater* intitulée : « De la contribution sociale sur la perception de bons de souscription d'actions (stocks-options) ».

2° Un article L. 136-7-4 est ainsi créé dans le code de la sécurité sociale :

« *Art. L. 136-7-4* – I.- Il est institué à la charge du salarié ou de l'ancien salarié bénéficiaire une contribution sociale sur la perception de bons de souscription d'actions (*stocks-options*) perçues sous

quelque forme que ce soit, en vertu d'une convention ou accord collectif, du contrat de travail ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

« II.- Le taux de cette contribution est égal à la somme du taux défini à l'article L. 136-8 applicable à la contribution sociale mentionnée à l'article 136-1, additionné aux taux des cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues au premier alinéa de l'article L. 241-1 du présent code et aux deuxième et quatrième alinéa de l'article L.241-3 du même code, et du taux de la cotisation, à la charge de l'employeur et du salarié sous le plafond du régime complémentaire conventionnel rendu obligatoire par la loi. Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

« Les ressources des assurances sociales (maladie, maternité, invalidité, décès et vieillesse) sont abondées par le produit de cette contribution. Un décret fixe les taux de répartition de ces ressources entre les différentes assurances sociales de la Sécurité sociale. »

II. - En conséquence, l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots :

« , ainsi que par une fraction du produit de la contribution sociale mentionnée à l'article L. 136-7-4. ».

• Après le septième alinéa (1°) de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, insérer un alinéa (1° *bis*) ainsi rédigé :

« 1° *bis* Le produit des droits visés aux articles 402 *bis*, 438, et 520 A du code général des impôts, ainsi que le produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code, dans des conditions prévues par la loi de finances, à partir du 1^{er} janvier 2005 ; »

• Compléter l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans des conditions prévues par la loi de finances, le produit de la taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 *sexies* à 266 *terdecies* du Codes des douanes est également affecté aux ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à partir du 1^{er} janvier 2005. »

• Après l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, insérer l'article L.241-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-2-1.* – Il est créé une taxe sur les véhicules terrestres à moteurs thermiques. Les taux dépendent de la puissance des véhicules, au bénéfice de l'assurance maladie. Le recouvrement s'effectue comme la vignette automobile.

« Dans des conditions prévues par la loi de finances, le produit de la taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 *sexies* à 266 *terdecies* du Codes des douanes est également affecté aux ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, à partir du 1^{er} janvier 2005. »

• Dans le premier alinéa de l'article L. 322-4-6 du code du travail, après le mot :

« professionnelle »,

sont insérés les mots :

« dans les entreprises employant au plus cinquante salariés. ».

Article 40

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Compléter le II de cet article par l'alinéa suivant :

« 4° Au premier alinéa de l'article L.324-14-1, les mots « , informé par écrit par un agent mentionné à l'article L. 324-12 ou par un syndicat ou une association professionnels ou une institution représentative du personnel visés au livre 4, de l'intervention d'un sous-traitant « ou d'un subdélégué » en situation irrégulière au regard des obligations fixées par l'article L. 324-10, enjoint aussitôt par lettre recommandée avec demande d'avis de réception à la personne avec laquelle il a contracté de faire cesser sans délai la situation. À défaut, il » sont supprimés.

- Compléter cet article par un paragraphe IV ainsi rédigé :

« IV. - En cas de condamnation pour une des infractions à l'interdiction du travail dissimulé ou pour travail illégal prévues aux articles L. 122-1, L. 122-1-1, L. 124-1, L. 124-2, L. 124-2-1, L. 125-1, L. 125-3 et L. 324-9 les cotisations patronales prévues par le code de la sécurité sociale sont majorées de 10% pour une durée de trois ans ».

Avant l'article 41

(article L. 136-8 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Compléter l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale par un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes des produits des impositions versés aux régimes obligatoires d'assurance maladie en vertu des dispositions du présent article est identifiée sous le nom de contribution santé universelle ».

(article L. 139-1 du code de la sécurité sociale)

I.- Rédiger ainsi le premier alinéa de cet article :

« La part du produit des contributions attribuées aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 est identifiée sous le nom de « contribution santé universelle.

« Le produit de la contribution santé universelle est centralisé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

II.- Rédiger ainsi le quatrième alinéa de cet article :

« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution santé universelle après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article ».

Article 41

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par M. Charles de Courson :

Rédiger ainsi cet article :

« I.- L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1° Au I, le nombre : « 7,50 » est remplacé par le nombre : « 7,75 »

« 2° Au II, le nombre : « 6,2 est remplacé par le nombre : « 6,45 ».

« 3° Au IV, le nombre : « 5,25 » est remplacé par le nombre : « 5,50 ».

« II.- Les dispositions du I du présent article sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2005. »

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi cet article :

« Le titre III du Livre I du code de la sécurité sociale est complété par une section VI intitulée :
« Cotisation sociale additionnelle sur les dividendes distribués par les sociétés.

« II. - Il est inséré au sein de cette section un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-6-2.*- 1° Il est créé une contribution sociale additionnelle imputable aux entreprises.

« 2° L'assiette de cette contribution est assise sur les dividendes versés en fin d'exercice aux actionnaires de la société.

« 3° Le taux de cette contribution additionnelle est de 15%

« III. - La contribution est contrôlée et recouvrée par l'ACOSS dans les mêmes conditions que les cotisations du régime général de sécurité sociale.

« Un décret en conseil d'Etat fixe les modalités d'application de cette nouvelle disposition. »

Amendement présenté par Mmes Martine Billard, Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer le I de cet article.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer le II de cet article.

Amendement présenté par M. Richard Mallié :

- Rédiger ainsi les troisième et quatrième alinéas du 1° II de cet article :

« 1°) à 7,5 % pour les contributions sociales mentionnées à l'article L. 136-1 et L. 136-6-I f).

« 2°) à 8,2 % pour les contribution sociales mentionnées à l'article L. 136-6 sauf pour les revenus mentionnés au I f) et L. 136-7 ».

- Rédiger ainsi les troisième et quatrième alinéas du 1° II de cet article :

« 1°) à 7,5 % pour les contributions sociales mentionnées à l'article L. 136-1.

« 2°) à 7,66 % pour les contribution sociales mentionnées à l'article L. 136-6 et L. 136-7 ».

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door :

Dans le dernier alinéa du 1° du II de cet article, supprimer les mots :

« , sous réserve des taux fixés au III de l'article L. 136-7-1. »

Amendement présenté par Mme Martine Billard :

Supprimer le 2° du II de cet article.

Amendements présentés par M. Richard Mallié :

- Rédiger ainsi le troisième alinéa (1°) du 2° du II de cet article :

« 1° sont assujetties à la contribution au taux de 6,2 % les allocations chômage ainsi que les indemnités et allocations mentionnées au 7° du II de l'article L. 136-2 sauf pour les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie ; »

- Rédiger ainsi le quatrième alinéa (2°) du 2° du II de cet article :

« 2° sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraites pour les contribuables imposés à l'année n – 1 ».

- Rédiger ainsi le quatrième alinéa (1)) du 2° du II de cet article :

« 2° sont assujetties à la contribution au taux de 6,6 % les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraites pour les contribuables imposés à l'année n – 2 ».

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door :

Après le II de cet article, insérer le paragraphe suivant :

« II *bis*.- Dans la dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 136-7-1 du même code, le taux : « 23 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer le III de cet article.
- Supprimer le IV de cet article.

Article 42

Amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

- Supprimer cet article.
- Dans le III de cet article, substituer aux mots : « 1^{er} décembre 2005 », les mots : « 1^{er} janvier 2005 ».

Article 43

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

A la fin de la première phrase du troisième alinéa de cet article, substituer au taux : « 0,525 % », le taux « 15 % ».

Amendement présenté par M. Pierre Morange :

Supprimer la dernière phrase du 3^e alinéa de cet article.

(retiré en commission)

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

Supprimer la dernière phrase du troisième alinéa de cet article.

(retiré en commission)

Avant l'article 44

Amendements présentés par M. Jean-Marie Le Guen :

• I.- L'affectation de la totalité du produit de la taxe prévue à l'article 235 *ter* ZC du code général des impôts sera effectuée par la plus prochaine loi de finances suivant l'adoption de la loi n°... relative à l'assurance maladie ».

II.- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par un relèvement des taux de l'impôt de solidarité sur la fortune définis à l'article 885 U du code général des impôts.

• Au deuxième alinéa du I de l'article 235 *ter* ZC du code général des impôts, substituer au taux : « 3,3% », le taux : « 6,6% » et à la date : « 1^{er} janvier 2000 », la date : « 1^{er} janvier 2004 ».

Article 44

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Supprimer cet article.

(article L. 245-13 du code de la sécurité sociale)

Amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse et M. Maxime Gremetz :

Rédiger ainsi la dernière phrase de cet article :

« Son taux est de 15 % ».

Article 45

Amendement présenté par Mme Martine Billard, Jacqueline Fraysse et MM. Maxime Gremetz et Jean-Marie Le Guen :

Supprimer cet article.

Amendements présentés par M. Pierre Morange :

• Dans le deuxième alinéa (1^o) de cet article, substituer aux mots :

« jusqu'à l'extinction des missions mentionnées à l'article 4 »

les mots :

« jusqu'au 1^{er} janvier 2024 ».

(retiré en commission)

• Supprimer la dernière phrase du sixième alinéa (II *bis*) de cet article.

retiré en commission)

Après l'article 45

Amendement présenté par M. Jean-Luc Prél :

La CRDS prend en charge le glissement structurel de l'assurance maladie lié au vieillissement de la population et à l'arrivée des nouvelles technologies telles qu'elles seront recommandées par la Haute autorité de santé. Pour atteindre cet objectif, la CRDS devient une cotisation permanente dont le montant sera progressivement ajusté en fonction des choix stratégiques en matière de politique de santé.

(retiré en commission)

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES PAR LE RAPPORTEUR

Jeudi 17 juin 2004

- Mme Danièle Karniewicz, secrétaire nationale chargée du pôle protection sociale, et Mme Anne-Claude Le Voyer chargée d'étude en protection sociale à la CFE-CGC
- M. Daniel Prada, membre de la commission exécutive de la CGT, en charge du dossier assurance maladie, et M. Yves Chanu, conseiller confédéral, membre du conseil d'administration ACCOS
- M. Gabriel Bonnard, secrétaire national chargé de la protection sociale, M. Yves Vérollet, secrétaire confédéral, et Mme Vanessa Cailly, secrétaire confédérale, de la CFDT
- M. Jean-Luc Deroussen, secrétaire général-adjoint de la CFTC, en charge de l'assurance maladie
- M. Jean-Louis Jamet, vice-président trésorier de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)
- M. Pierre Perrin, président, M. Pierre Burban, secrétaire général et M. Guillaume Tabourneau, attaché parlementaire, de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
- M. Bernard Caron, directeur de la protection sociale, Mme Véronique Cazals, directrice-adjointe de la protection sociale et M. Guillaume Ressot, conseiller parlementaire, au MEDEF
- Délégation du collectif interassociatif sur la santé (CISS) : M. Christian Saout, président de AIDES, M. Karim Felissi membre de la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH), M. Bruno Juigner, chargé de mission à l'Union nationale des associations familiales (UNAF), et M. Emmanuel Rodriguez, membre de la Confédération syndicale des familles (CSF)

Vendredi 18 juin 2004

- M. Pierre Costes, président de MG France
- M. Dinorino Cabrera, président du Syndicat des médecins libéraux (SML)
- M. Jacques Reignault, président du Centre national des professionnels de santé (CNPS)

- M. Jean-Claude Régi, président de la Fédération des médecins de France (FMF)
- Mme Odile Corbin, directrice générale du Syndicat national de l'industrie des technologies médicales (SNITEM)
- M. Bernard Capdeville, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)
- M. Pierre Le Sourd, président des entreprises du médicament (LEEM), et M. Bernard Lemoine, vice-président délégué
- M. Pierre Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

Lundi 21 juin 2004

- M. Louis-Jean Calloc'h, secrétaire général du Conseil national de l'ordre des médecins, et M. Francisco Jornet, juriste du Conseil national de l'ordre des médecins
 - M. Gérard de La Martinière, président de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), M. André Renaudin, délégué général et M. Jean-Paul Laborde, conseiller parlementaire
 - M. Daniel Havis, président du Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA)
 - M. Jean-Pierre Davant, président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)
 - M. Jean-Louis Faure, délégué général du Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP)
 - Mme Jeannette Gros, présidente de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) et M. Yves Dumez, directeur général
 - M. Georges Riffard, directeur général de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés (FEHAP)
 - M. Ken Danis, président de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP), et M. Loïc Geffroy, délégué général
 - M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
 - M. Gérard QUEVILLON, président de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM), et M. Daniel POSTEL-VINAY, directeur général
-

N° 1703 - Rapport sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie (M. Jean-Michel Dubernard, rapporteur – M. Yves Bur, Président)