

N° 424

SÉNAT

SESSION EXTRAORDINAIRE DE 2003-2004

Annexe au procès-verbal de la séance du 21 juillet 2004

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE, relatif à l'assurance maladie,

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome II : Auditions et Tableau comparatif

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Campion, M. Jean-Marc Juilhard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, François Autain, Gilbert Barbier, Joël Billard, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, André Geoffroy, Georges Ginoux, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Yves Krattinger, Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mmes Valérie Létard, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, André Vézinhel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 1674, 1715 et T.A. 315

Sénat : 420 et 425 (2003-2004).

Sécurité sociale.

AUDITIONS

I. AUDITION DE MM. PHILIPPE DOUSTE-BLAZY, MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, ET XAVIER BERTRAND, SECRÉTAIRE D'ÉTAT À L'ASSURANCE MALADIE

M. Nicolas ABOUT, président - Messieurs les ministres, mes chers collègues, je crois pouvoir dire que c'est avec une réelle impatience que notre commission des Affaires sociales attendait d'entendre MM. Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand sur la présentation du projet de loi relatif à l'assurance maladie. Ce dossier constitue depuis maintenant quelques mois la grande question qui intéresse, agite – et inquiète même peut-être – un certain nombre de nos concitoyens.

Acquis social majeur de l'après-guerre, la sécurité sociale constitue une réussite dont notre pays peut légitimement s'enorgueillir et dont chacun d'entre nous se sent un peu propriétaire. Nous sommes donc très heureux de vous accueillir, messieurs les ministres, pour faire ensemble le point sur ce qu'il convient de prévoir et d'entreprendre pour préserver son avenir et conforter durablement un financement durement éprouvé aujourd'hui.

L'intérêt que nous portons tous à ce dossier m'a conduit à proposer à l'ensemble de nos collègues sénateurs de se joindre à cette rencontre, qui sera enregistrée pour une diffusion ultérieure sur la chaîne Public-Sénat.

Après votre intervention, si vous en êtes d'accord monsieur le ministre, je donnerai la parole à notre rapporteur général Alain Vasselle, puis à tous ceux qui souhaiteront vous interroger ou faire part de leurs observations.

Je tiens à vous dire qu'avant même votre arrivée, les sénateurs étaient nombreux à s'être inscrits. Monsieur le ministre, vous avez la parole.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé et de la protection sociale - Merci monsieur le président, monsieur le rapporteur, mesdames et messieurs les sénateurs, nous sommes très heureux et très fiers, avec Xavier Bertrand, de venir ici, devant cette commission du Sénat, vous présenter le projet de loi relatif à l'assurance maladie.

Conformément au souhait du président de la République, le Gouvernement engage ainsi, un an après la réforme sur les retraites, la modernisation d'un des piliers majeurs de notre système de protection sociale que constitue l'assurance maladie. Cela montre, je pense, tout l'attachement que le Gouvernement accorde à ce système public et solidaire.

Cette réforme est attendue par les Français, vous l'avez dit. Je crois qu'elle peut les rassurer sur l'avenir de leur système d'assurance maladie, qui est, vous le verrez, non seulement préservé mais consolidé.

Nous entrons dans une nouvelle étape de cette grande réforme, celle du débat au Parlement. C'est une étape majeure qui nous permettra de faire évoluer le projet du Gouvernement. Les premiers amendements des députés ont été déposés hier soir. Tout montre que le débat sera riche, en particulier ici au Sénat.

Ce débat que nous aurons au Parlement fera suite à une phase de concertation très intense que Xavier Bertrand et moi avons menée avec l'ensemble des partenaires du monde de la santé et de l'assurance maladie. Nous n'avons pas, je crois, ménagé notre peine et j'ai le sentiment que cette concertation a permis d'aboutir à un projet qui va faire évoluer en profondeur notre système de santé et d'assurance maladie.

J'ai le sentiment que peu de réformes, monsieur le président, ont donné lieu à autant de rencontres, autant d'échanges, autant de débats. Depuis plus de deux mois, nous avons été, avec Xavier Bertrand, en contact permanent avec les partenaires sociaux, les représentants des professionnels de santé et surtout des patients, les représentants des organismes d'assurance maladie et des régimes complémentaires. Nous avons mené plus d'une centaine d'entretiens avec l'ensemble des partenaires de cette réforme.

Cela venait, vous vous en souvenez, après le diagnostic partagé du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et après la première phase de concertation que Jean-François Mattei, mon prédécesseur, avait su organiser.

Tous les acteurs de l'assurance maladie se sont, eux aussi, investis « à fond » dans cette concertation. Ils nous ont fait remonter leur vision de la situation, leurs propositions, leurs inquiétudes. Ils nous ont permis d'améliorer le texte que nous allons vous présenter.

Après le temps du dialogue et de la concertation, est venu le temps de l'action.

D'abord, cette réforme est nécessaire. Face à l'accumulation des déficits, il était en effet indispensable de stopper la dérive des comptes et d'entamer le retour vers l'équilibre. 23.000 euros par minute de déficit : voilà aujourd'hui l'état de faillite du système de l'assurance maladie.

J'ai réuni la semaine dernière la Commission des comptes de la sécurité sociale de printemps. Celle-ci nous a rappelé l'ampleur des déséquilibres actuels.

Le déficit, mesdames et messieurs les sénateurs, 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 demeure relativement faible. La croissance, certes, montre des signes de reprise mais qui demeurent trop modestes pour avoir un impact sur les recettes. Nous souhaitons tous voir cette tendance s'accélérer. Nous verrons à l'automne si c'est le cas, ce que, bien évidemment, nous souhaitons tous ici.

Cette atonie conjoncturelle des recettes se conjugue avec un dynamisme des dépenses de l'assurance maladie qui ne se dément pas encore.

J'y reviendrai tout à l'heure mais 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, 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 corrigé des variations conjoncturelles, a crû continûment.

Nous sommes bien, ici, face à une tendance de fond relative aux dépenses de santé. Les dépenses d'assurance maladie, comme les dépenses de santé, augmentent rapidement. Il n'y a pas de décrochage.

Une croissance exceptionnelle des recettes en 2000 et 2001, liée à une conjoncture économique internationale très particulière, a masqué ce dynamisme des dépenses, dans notre pays comme ailleurs, mais 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 actuel des comptes de l'assurance maladie.

Les années 2002 et 2003 ont été elles aussi marquées par des mesures ponctuelles qui ont contribué à entretenir ce dynamisme des dépenses, en particulier la mise en place des 35 heures. Sans remettre en cause les 35 heures, je tiens quand même à le souligner : 3,4 milliards d'euros, c'est le coût des 35 heures à l'hôpital. C'est évidemment considérable et cela continue de peser en 2004 sur l'évolution des dépenses hospitalières.

Il y a néanmoins des signes positifs lorsque l'on regarde très 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. Je rappelle que l'augmentation des dépenses de l'assurance maladie s'élevait à 7,2 % en 2002. Ensuite, le dépassement de l'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 en 2002.

Les premiers chiffres pour 2004 confirment cette nouvelle tendance même s'il convient bien sûr de rester très prudent. Bien évidemment, ces évolutions ne nous permettront pas de revenir à l'équilibre mais elles évitent une plus forte dégradation des comptes.

Face à l'ampleur de ces déséquilibres, il était donc nécessaire d'agir et d'entamer ce « redressement par la qualité » qu'appelait de ses vœux le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. C'est l'objet même du projet de loi que nous vous présentons aujourd'hui et dont nous souhaitons vous donner les principales lignes de force.

L'organisation de notre système de soins constitue la priorité du Gouvernement. Elle est au cœur du projet de loi.

Chaque Français doit pouvoir disposer, d'ici 2007, de son dossier médical personnel (le DMP), qu'il partagera avec son médecin traitant et, le cas échéant, avec les professionnels de santé avec qui il est en contact. Ce dossier répond à une demande d'information médicale de la part de nos concitoyens et à un droit que leur donne la loi du 4 mars 2002 sur l'accès aux données de santé.

Ce dossier sera obligatoire. Plusieurs fois par le passé – en 1993 et en 1995 en particulier – nous avons évoqué la possibilité de mettre en place un dossier médical. Nous n'avons jamais sauté le pas de le rendre obligatoire.

L'ensemble des partenaires gagnera à la mise en place de ce dossier médical personnel. Le premier bénéficiaire sera, bien sûr, le malade, à qui le dossier médical offrira une meilleure garantie de soins. Je vous rappelle que 128.000 hospitalisations par an sont dues à des effets secondaires liés à l'interaction entre des médicaments. Cela

entraîne, chaque année, la mort de 11.000 personnes : autant que sur la route. Avec le dossier médical, en quelques minutes, il sera possible de connaître les traitements suivis par le patient depuis dix, quinze ou vingt ans, les interactions médicamenteuses néfastes, les allergies aux différents traitements, etc. Le patient sera gagnant parce qu'il aura un accès unifié à l'information le concernant, trop souvent éparse. L'hôpital, la clinique privée, le médecin auront tous le même dossier. Le médecin, lui aussi, sera gagnant. Le dossier médical personnel lui permettra un meilleur suivi de son patient, grâce à un accès à l'information en temps réel. Enfin, bien sûr, l'assurance maladie bénéficiera de la mise en place de ce dossier médical par la limitation des soins inutiles, redondants et 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 face à une organisation qu'il ne comprend pas toujours et dans laquelle, il faut bien le reconnaître, il se perd parfois. Nous avons par ailleurs tous en tête des exemples personnels ou parmi nos proches de cas d'exams ou de consultations répétés parce qu'on est mal renseigné ou parce que, tout simplement, on ne sait pas précisément à qui s'adresser.

Il nous faut remettre de la cohérence dans un système de soins qui est parmi les plus performants du monde dans ce que les experts appellent le « curatif individuel » mais qui s'épuise, simplement parce qu'il manque de repères et d'organisation.

C'est évidemment tout le sens de la mise en place du médecin traitant. Le médecin traitant, c'est la porte d'entrée pour le malade. Ce médecin, qu'il soit spécialiste ou généraliste, sera librement choisi par le malade car la liberté est au cœur de notre système. Aucun Français ne se verra imposer son médecin : cela ne correspond pas à notre modèle.

Le médecin traitant orientera le patient dans le système de santé afin de l'aider tout simplement à construire le parcours de soins que j'évoquais à l'instant. Un certain nombre de spécialistes resteront évidemment en accès direct, je pense par exemple aux pédiatres, aux ophtalmologistes et, bien sûr, aux gynécologues, qui nous ont rappelé récemment que c'était là leur souhait.

Nous ne souhaitons pas 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.

Dernier point sur lequel je souhaitais insister dans cette nouvelle organisation de l'offre de soins, c'est la nécessité de renforcer les liens entre la médecine de ville et l'hôpital. Après tout, nous avons un malade unique, un financeur unique et deux secteurs qui souvent s'ignorent trop.

Il n'y a pas d'un côté la réforme de l'assurance maladie et de l'autre la 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 de l'offre de soins sur un territoire donné. Il faut que nous soyons très clairs sur ce point.

C'est notamment pour mettre en œuvre ces décloisonnements que le projet de loi prévoit un rapprochement entre les URCAM (les Unions régionales des caisses d'assurance maladie) et les ARH (les Agences régionales d'hospitalisation).

Ces deux institutions devront travailler ensemble sur toute une série de sujets comme, en particulier, la répartition de l'offre de soins – il y a de plus en plus de départements et de cantons sans médecins hospitaliers ou libéraux – mais aussi la permanence des soins et 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. Je ne vais pas demander aux médecins libéraux d'adopter de bonnes pratiques et accepter dans le même temps qu'elles ne soient pas respectées par les médecins hospitaliers. Il faut évidemment que l'ensemble joue le jeu. En tant qu'ancien médecin hospitalier, je suis certain de l'adhésion de mes confrères à une démarche qui met le patient au cœur de nos préoccupations.

Pour accompagner cette organisation de l'offre de soins, il nous est apparu indispensable de mieux définir les compétences de l'ensemble des acteurs qui participent à ce que les experts appellent la régulation du système, son pilotage.

C'est le sens de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. Sans doute avons-nous trop tendance, monsieur le président, à ne parler de cette gouvernance qu'en termes d'institutions et de pouvoirs. Ayons bien en tête, encore une fois, qu'il s'agit avant tout de mettre notre 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'État reste le garant. Dans ce projet, c'est l'État qui est le garant de la santé publique, c'est l'État qui définit les objectifs de santé publique. Sur le médicament et la gestion de l'hôpital, l'assurance maladie sera très étroitement associée aux décisions, au travers de sa participation au comité économique des produits de santé, dont les compétences sont élargies, et au comité de l'hospitalisation qui va se mettre en place.

De la même façon, le renforcement de la coopération entre les régimes d'assurance maladie via les URCAM et la réforme des instances dirigeantes des caisses nationales et locales doivent donner plus de lisibilité et d'efficacité à notre système.

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

La promotion de la qualité des soins est une autre priorité.

La nécessité d'une évaluation de l'utilité médicale fondée sur des critères réellement scientifiques était un des messages forts du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Notre système s'épuise aujourd'hui, d'une certaine façon, à vouloir tout financer, sans aucune 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.

Nous ne disposons pas aujourd'hui des outils nous permettant d'évaluer l'utilité médicale d'un acte. Je pense par exemple à la dernière innovation en date : l'ostéodensitométrie. Faut-il ou non rembourser cet acte ? La moitié des médecins répondent que oui, en raison de l'ostéoporose des femmes ménopausées. L'autre moitié nous dit que cela ne sert strictement à rien et qu'il est possible de donner un traitement substitutif hormonal sans ostéodensitométrie. Une moitié est favorable au remboursement, une moitié s'y oppose. Je retrouve autour de cette table la même

configuration. Je vois à vos réactions que l'opinion est divisée en deux. Ce n'est pas au ministre, même s'il est médecin, de décider, s'il doit ou non rembourser l'ostéodensitométrie, ni d'ailleurs à un parlementaire ou à un lobby quelconque. C'est à un Haut comité scientifique qu'il revient de le faire, un Haut comité scientifique dont les membres, chercheurs de l'INSERM et de différentes sociétés savantes, nous éclaireront sur le résultat des études épidémiologiques et nous indiqueront si le traitement représente ou non un intérêt. L'intervention de ce Haut comité scientifique représentera une amélioration formidable du système, pour nous tous, quelle que soit d'ailleurs notre appartenance à un groupe politique de cette assemblée ou d'une autre. Lorsqu'une demande d'admission au remboursement est faite pour un acte médical, nous ne disposons pas aujourd'hui de réponse alors que nous en avons une pour le médicament.

C'est évidemment une lacune très importante à laquelle il fallait 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. L'assurance maladie, l'État, des assemblées parlementaires, ou encore des représentants des usagers pourront saisir cette Haute autorité pour réévaluer l'efficacité de certains traitements si cela s'avère nécessaire.

La Haute autorité se verra confier une deuxième mission tout 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 nous faut passer à la vitesse supérieure et surtout diffuser des référentiels de bonne pratique qui soient effectivement applicables dans la vie quotidienne des professionnels de santé, en particulier les médecins.

La qualité des soins passe aussi par un engagement plus fort qu'aujourd'hui des professionnels de santé dans des démarches de formation continue et d'évaluation. J'ai confiance, je l'ai dit, dans la capacité des professionnels de santé à être les acteurs de la réforme, à relever avec nous 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 d'ailleurs ceux qui exercent à l'hôpital. C'est un point auquel nous sommes extrêmement attachés. Je souligne aussi que nous faisons rentrer cette logique de qualité des soins à l'hôpital au travers d'accords de bon usage des soins qui pourront être signés au niveau national entre l'État, les fédérations hospitalières et l'assurance maladie, puis déclinés au niveau local.

Voilà sur le troisième axe de ce projet. Je passe la parole à Xavier Bertrand, qui va aborder le redressement financier de l'assurance maladie plus à court terme.

M. Xavier BERTRAND, secrétaire d'État à l'assurance maladie -
Monsieur le président, monsieur le rapporteur, mesdames et messieurs les sénateurs,

Comme Philippe Douste-Blazy l'a rappelé au début de son intervention, la situation financière de l'assurance maladie est grave et il était urgent d'agir. En présentant un plan de redressement portant sur 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 grandeur, mais nous parlions à l'époque en francs et non en euros. C'est donc un plan ambitieux et structurant pour l'avenir.

Il repose tout d'abord sur 10 milliards d'euros de moindres dépenses et non d'économies comme, par un raccourci trompeur, on a trop souvent tendance à le dire.

Nous dépenserons en 2007 beaucoup plus pour notre santé qu'en 2004. Il est important de le rappeler.

Les dépenses de santé continueront de croître car c'est tout à fait légitime. Il n'y a pas et il n'y aura pas de rationnement des soins, de quelque nature que ce soit. Cependant, nous mettons tout en œuvre pour que chaque euro investi dans notre système de soins le soit à bon escient.

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 aussi un volet essentiel de cette maîtrise médicalisée des dépenses.

Nous entendons des interrogations sur les moyens d'atteindre ces objectifs. Je voudrais tout simplement rappeler que la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés vient de nous expliquer dans une étude qui date de quelques semaines qu'en réalité, les dépenses inutiles se montaient à près de 5 à 6 milliards d'euros, ce qui représente près de 15 % des prescriptions de biens et de soins médicaux. Vous voyez qu'il y a là des marges de manœuvres considérables dans la promotion des bonnes pratiques médicales, avec notamment le renforcement de la coordination des soins autour du malade. Soigner mieux et dépenser mieux, ce n'est pas un slogan, cela peut 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. Nous construisons ce volet 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 s'applique également à la filière des produits de santé.

C'est tout le sens de cette politique du médicament que nous souhaitons développer dans les années qui viennent. Je viens de parler à l'instant du développement du générique, il y a d'autres mesures dont je voudrais vous parler, mesdames et messieurs les sénateurs :

- une meilleure adaptation des conditionnements aux prescriptions, par exemple, en permettant la délivrance de boîtes de trois mois pour des maladies chroniques mais en développant également des boîtes de plus petites quantités pour des affections de très courte durée, notamment pour les enfants ;

- une plus grande maîtrise du processus de rétrocession des médicaments de l'hôpital vers la ville, qui est aujourd'hui 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.

Sur ce dernier point, je rappelle que nous consommons en moyenne une boîte de médicaments par personne et par semaine, soit 1,5 fois plus que les Allemands et les Espagnols. Je voudrais rappeler un autre chiffre qui permet de fixer quelle est aujourd'hui l'utilisation des médicaments dans ce pays : les trois quarts des boîtes de médicaments, qui sont entamées, ne sont jamais terminées.

La promotion pharmaceutique contribue indéniablement à la situation actuelle même si cela 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 entre les industriels et le comité économique des produits de santé, ceci permettant de favoriser une diffusion de l'information d'une meilleure qualité.

Parce qu'il contribue à près de la moitié des dépenses d'assurance maladie, il était 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 y contribuera, à hauteur d'1,6 milliard d'euros en 2007. La mission d'étude et d'analyse hospitalière a souligné la très grande hétérogénéité des coûts d'achats à l'hôpital, qui vont pour certains produits de 1 à 5. Ce n'est évidemment pas satisfaisant et là encore, il y a ici des marges de progrès 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 nous permettre d'économiser 800 millions d'euros dans ce domaine d'ici à 2007. Nous l'avons dit à différentes reprises : 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.

Nous savons qu'il y a des abus : dans certaines entreprises, de la part de certains médecins, de la part certains patients. Ces abus sont toujours minoritaires mais pour préserver ce système des arrêts de travail, qui est historiquement l'un des fondements de notre système d'assurance maladie, il faut veiller à ce que ce système ne soit pas détourné de ses objectifs. Encore une fois, rien ne peut raisonnablement justifier qu'on consomme en proportion trois fois plus d'arrêts de travail dans un département par rapport à un autre. Cela n'a, à l'évidence, rien à voir avec un quelconque besoin ou problème de santé de la population.

L'économie des frais financiers liés au transfert de la dette à la CADES et la modernisation de la gestion du réseau des caisses d'assurance maladie contribueront également à ce plan, respectivement à hauteur d'1,1 et 0,2 milliard d'euros.

Pour compléter ces 10 milliards d'euros de moindres dépenses, le plan du Gouvernement prévoit 5 milliards d'euros qui se déclinent de la façon suivante :

- 1 milliard d'euros au titre de la participation des usagers, au travers de la contribution de 1 euro et de l'augmentation du forfait journalier ;

- 4 milliards d'euros de recettes supplémentaires au travers de certaines mesures dont je souhaiterais souligner deux éléments qui me semblent majeurs.

Il convient de noter en premier lieu la contribution d'un milliard d'euros de l'État au travers d'une fraction plus importante des droits tabacs donnée à l'assurance maladie. Votre commission a, à de nombreuses reprises, souligné la complexité des liens financiers entre l'État et la sécurité sociale et a surtout insisté sur la nécessité de clarifier la situation.

Nous avons déjà entamé cette clarification en supprimant le FOREC et en affectant une part croissante des droits tabacs à l'assurance maladie.

Avec la réforme de l'assurance maladie, nous faisons un pas de plus en opérant ce transfert d'un milliard d'euros des droits tabacs. Nous avons ainsi le sentiment que ce transfert de l'État est un geste très fort, dans un contexte financier difficile pour les finances de l'État, et une réponse très concrète au débat sur les charges indues. Nous croyons de surcroît qu'une telle affectation des droits tabac à l'assurance maladie repose sur une logique forte de santé publique.

Le texte prévoit également que tout transfert de charge entre l'État et l'assurance maladie devra être compensé. Sur ce point également, nous avons le sentiment que nous empruntons une voie qu'avait tracée à différentes reprises votre commission et plus particulièrement le rapporteur pour le PLFSS, Alain Vasselle.

Le deuxième point sur lequel je souhaiterais insister est le souci de justice et d'équité qui a animé le Gouvernement dans le choix de ces différentes mesures de recettes. C'est un effort partagé, des entreprises, des actifs, des retraités, à chaque fois dans des limites qui nous semblent acceptables.

L'augmentation de la CSG sur les retraités ne s'applique qu'aux seuls retraités imposables.

Cette augmentation est limitée puisqu'elle s'élève 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 nous a semblé possible que les retraités contribuent à l'effort de redressement de l'assurance maladie. L'augmentation de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activités nous a également 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 CNSA (0,3 point au 1^{er} juillet 2004), le taux de CSG sur les revenus financiers et du patrimoine sera ainsi porté à 8,5 %. Enfin, la CSG sur le produit des jeux sera, quant à elle, relevée de 2 points pour passer à 9,5 %.

S'agissant des entreprises, le projet de loi prévoit une augmentation de 0,03 point de la contribution sociale de solidarité des sociétés, la fameuse C3S. Il était, je crois, 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, nous semblent raisonnables.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé et de la protection sociale - Merci. Nous voulions vous présenter dans le détail, mais de façon succincte, cette réforme. Nous sommes à votre disposition pour les questions. C'est une réforme nécessaire. C'est également une réforme structurelle, et non un énième plan, parce qu'il n'y a que deux logiques pour réformer l'assurance maladie : ou une logique comptable ou la régulation médicalisée. Nous sommes allés au bout de cette logique de régulation médicalisée, y compris avec le parcours médicalisé de soins, le dossier médical obligatoire, les bonnes pratiques, les référentiels. C'est, enfin, une réforme juste. Nous avons souhaité avoir une sorte de formule : « C'est en changeant tous un peu qu'on peut tout changer ». Le projet qui vient de vous être présenté par Xavier Bertrand sous-entend que tous les Français, quels qu'ils soient, auront en effet un effort à faire. Nous n'avons pas voulu taper exclusivement sur les uns ou les autres et nous n'avons pas oublié non plus de protéger les plus modestes, en particulier dans des réflexions que nous aurons à mener ensemble au Parlement sur les complémentaires.

M. Nicolas ABOUT, président – Merci, messieurs les ministres. Je cède maintenant la parole à notre rapporteur général.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur le président, merci. A ce stade, il ne m'appartient pas évidemment de faire des commentaires sur l'exposé liminaire fait par Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand. Je suis là pour poser un certain nombre de questions afin de compléter l'éclairage souhaitable des commissaires sur le projet de réforme de l'assurance maladie.

J'ai listé un certain nombre de points que vous avez traités dans vos propos. Je me permets de les reprendre un par un, il y en a sept, et de les exposer de manière très sommaire puisque, messieurs les ministres, vous avez eu connaissance du questionnaire que nous avons préparé à votre attention. Il s'agit d'entrer un peu plus dans le détail de votre exposé de la réforme pour être un peu mieux éclairés sur certains de ses aspects.

Le dossier médical partagé

Tous les spécialistes, les experts et les professionnels qui ont été entendus lors des consultations auxquelles j'ai pu procéder en ma qualité de rapporteur et des auditions auxquelles les commissaires et moi-même avons participé, prétendent que cette réforme ne pourra pas se faire du jour au lendemain et qu'elle doit être progressive pour réussir. Cette nécessaire progressivité est-elle compatible avec le calendrier que vous avez prévu dans le projet de réforme ? Telle est ma première question.

L'hôpital

Nous constatons à travers le projet de loi, et votre exposé le confirme, que la réforme concerne pour l'essentiel la médecine de ville. Et ce, monsieur le ministre, même si vous avez pris la précaution de préciser que l'objectif du Gouvernement était de veiller à ce qu'il y ait un rapprochement entre la médecine de ville et l'hôpital, qu'il y ait une véritable osmose, une communication, entre les deux, afin que le patient soit parfaitement bien traité et bénéficie de la qualité des soins. Devons-nous en conclure que ce qui a été initié dans le cadre du PLFSS 2004 concernant l'hôpital représente l'essentiel du plan de réforme de l'hôpital, et équivaut finalement au plan hôpital 2007 ? Dans cette hypothèse, le Gouvernement maintient-il les objectifs de ce plan ainsi que le calendrier de la mise en œuvre ou bien d'autres aspects complémentaires à la réforme interviendront-ils dans un second temps ?

La répartition des rôles entre l'État et les partenaires sociaux

Nous avons vu, à la lecture du texte, que les pouvoirs du directeur de la CNAM bénéficiaient d'un renforcement très net. Quels pouvoirs permettront de renforcer les responsabilités des partenaires sociaux et ces derniers vous semblent-ils prêts à exercer le pouvoir que vous envisagez de leur confier ?

Il est prévu d'accorder un pouvoir d'opposition aux professionnels de santé à travers leur organisation syndicale. Ce pouvoir n'est-il pas de nature à déséquilibrer la vie conventionnelle en bloquant l'adoption de dispositifs qui figuraient dans un accord national mais reposaient sur une adhésion individuelle des professionnels ? Il s'agit d'un domaine assez complexe, je me permets de le souligner.

Quel est l'équilibre économique de cet aspect de la réforme ? Ne s'agit-il pas en réalité avant tout d'un investissement pour parvenir à un meilleur usage des soins ? J'y ajoute une réflexion que je me suis faite et sur laquelle j'ai interpellé des représentants de l'ordre des médecins, que j'ai auditionnés la semaine dernière. Ils n'ont pas su répondre à ma question. Je vous la pose. Lorsqu'un patient fera le choix d'un spécialiste, au lieu d'un médecin généraliste, comme médecin traitant, qu'en sera-t-il de la rémunération de l'acte du médecin ? Sera-t-elle la même pour le généraliste et le spécialiste lorsqu'il s'agira de la première consultation ou bien le spécialiste demandera-t-il une rémunération qui correspondra à ses honoraires habituels et sera donc supérieure à celle du généraliste ? J'aimerais que vous puissiez me répondre sur ce point, car si tel est le cas on risque d'aboutir à une inflation des dépenses chaque fois que le patient aura choisi un spécialiste comme médecin traitant.

La clarification des comptes de l'État et de la sécurité sociale

S'agissant de la clarification des comptes de l'État et de la sécurité sociale, point qui a été exposé par Xavier Bertrand, le projet de loi prévoit l'octroi à la sécurité sociale par le budget de l'État d'un milliard d'euros. C'est un pas dans la bonne direction. Je reste, en ce qui me concerne, un peu sur ma faim. Je comprends bien, comme l'a précisé M. le ministre, que nous sommes dans une conjoncture particulièrement délicate et difficile et qu'il n'est pas envisageable, dans le moment présent, de faire davantage. Ne peut-on pas imaginer, néanmoins, dans un délai un peu plus lointain, lorsque la croissance sera au rendez-vous, que nous puissions faire un effort supplémentaire ? Je me réserve la possibilité, si vous y êtes prêts messieurs les ministres, d'échanger sur ce point avec vous. Devons-nous considérer que ce milliard d'euros, dans votre esprit et celui du Gouvernement, est un solde pour tout compte ? Auquel cas, évidemment, il peut y avoir quelques discussions ensemble sur le sujet et j'aimerais bien que nous ayons l'occasion d'en reparler. A moins qu'il s'agisse d'une première étape d'un processus destiné, au fur et à mesure des marges de manœuvre disponibles, à restituer à la sécurité sociale l'ensemble des recettes qui lui ont été soustraites ...

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à déposer un projet de loi organique concernant le PLFSS. Vous n'y avez pas fait référence. J'aimerais savoir quand ce projet sera déposé et discuté. En outre, seriez-vous en mesure de nous donner les grandes lignes de cette loi organique ?

Le financement de la dette

Vous prévoyez dans le texte de loi de transférer les 35 milliards d'euros de déficit constaté à la date d'aujourd'hui et d'y ajouter les déficits prévisionnels des exercices 2006 et 2007, dans la limite de 15 milliards d'euros. Au total, cela équivaldrait donc à une cinquantaine de milliards d'euros, à condition que les déficits à venir ne dépassent pas le plafond que vous avez fixé. Il faut espérer que non, mais sait-on jamais ! Tout ceci va avoir pour conséquence de reporter sur les générations futures le poids de la dette jusqu'en 2014, voire 2024 et peut-être même au delà, si on prend en compte bien entendu les 15 milliards d'euros.

Est-ce la seule solution ? Une solution mixte ne pourrait-elle pas être envisagée ? L'alternative consisterait, à la fois, à prolonger la durée de vie de la CADES et à prévoir une augmentation de la CRDS.

En outre, vous avez évoqué, monsieur le ministre, les conséquences pour l'hôpital des 35 heures, dont vous n'avez pas la responsabilité. Vous avez chiffré le préjudice à 3,5 milliards d'euros. Il faut y ajouter toutes les recettes qui ont été captées aux dépens de la sécurité sociale et au profit du financement des 35 heures. Vous apportez une compensation à hauteur d'un milliard d'euros. Toutefois, si nous faisons le compte aujourd'hui de tout ce qui a été détourné au profit des 35 heures, la somme totale avoisinerait 10 milliards d'euros. Ne pourrait-on pas imaginer, compte tenu de ces effets des 35 heures et de cette dette de 10 milliards d'euros, de pouvoir mener une discussion entre la CADES et le Gouvernement afin que la CADES, non pas immédiatement mais peut-être à terme lorsque les conditions plus favorables de la croissance seraient réunies, n'ait pas à rembourser autant que ce qui était initialement prévu ?

M. Nicolas ABOUT, président – Merci, monsieur le rapporteur. Comme convenu avec vous, monsieur le ministre, nous allons donc écouter les autres questions, ce qui vous permettra de répondre au rapporteur général et aux autres intervenants en même temps. Je donne la parole, d'abord, au président Fischer, puis à nos collègues Chabroux, Leclerc, Chérioux, Gouteyron et Fortassin.

M. Guy FISCHER - Monsieur le président, ce que j'ai à exprimer ici est peut-être davantage un point de vue qu'une série de questions.

Pour la première fois depuis dix ans, les quatre branches du régime général devraient être déficitaires puisque même la branche ATMP le serait cette année. Nous risquons donc d'aborder la fin de l'année avec un déficit de 14 milliards d'euros en 2004. Nous pensons que la grande réforme annoncée de l'assurance maladie n'est absolument pas à la hauteur des enjeux, ni à la hauteur des besoins de financement. Nous la percevons davantage, mais nous aurons le temps d'en débattre tout au long du mois de juillet, comme un énième plan d'économie frappant surtout les assurés et non comme une étape supplémentaire structurante pour l'avenir du système. Cette réforme consiste en fait en une étatisation du pilotage du système et un affaiblissement de l'assurance maladie obligatoire pour laisser grandes ouvertes les portes à la privatisation et au développement d'une médecine à deux vitesses.

Nous trouvons vraiment dommageable que votre texte ne contienne rien concernant l'hôpital public. Si j'avais eu le temps de développer mon propos, j'aurais pu faire la démonstration qu'en fait, cette réforme s'appuie sur des textes déjà existants - quatre ou cinq, sinon six - et ayant fait l'objet depuis 2002 d'une série d'examen. Le problème est posé pour l'hôpital public. Il touche à la démocratisation de sa gestion. Nous assistons ici à une crise morale des acteurs. Tout le débat sur la T2A, la formation des personnels, le financement des structures et les investissements privés nécessiterait à notre sens d'être public. Pourtant, lorsque le Gouvernement cherche à faire évoluer le financement pour trouver d'autres crédits concernant toutes les grandes infrastructures - que ce soit pour les prisons, les hôpitaux ou les autoroutes - il se contente d'annoncer la solution pour laquelle il a opté (et qui, certainement, à la sortie coûtera plus cher) et préfère agir une nouvelle fois par ordonnance. Ainsi, récemment, un texte sur l'hôpital a été adopté à l'Assemblée nationale.

La réforme que vous proposez manque également, à notre sens, de cohérence dans la mesure où elle est muette concernant les lois de financement de la sécurité sociale. Le rapporteur général vient d'y faire allusion. *A priori*, dès la rentrée parlementaire, nous aurons à nous ressaisir de ces questions, puisque vous avez annoncé une loi organique à l'automne.

Enfin, contrairement aux déclarations faites par le Premier ministre, cette réforme n'est pas juste. Elle ne repose pas sur des efforts répartis équitablement. Nous sommes dans la même situation qu'au moment de la réforme des retraites. Ce seront les patients, les assurés, les salariés en général, qui subiront tout le poids des financements. La plupart des mesures contenues dans le titre I relatif à l'organisation du système de soins stigmatisent à notre sens les patients, en visant soi-disant les fraudeurs, et sanctionnent les personnes en ALD, jugées trop nombreuses et accusées de ne pas accepter les contraintes imposées pour accéder aux soins. Nous pensons qu'il est dangereux de commencer à pratiquer des discriminations quant au remboursement et d'ouvrir les possibilités de dépassement d'honoraires. Nous sommes d'avis que ce texte va permettre la généralisation du secteur II et peut-être la mort des généralistes. Nous dénonçons donc le danger d'une médecine à deux vitesses et d'un rationnement des soins.

Les mesures contenues dans le titre III, concernant le financement, pèsent, elles aussi, sur les salariés. Elles pénaliseront les générations futures puisqu'elles sont prévues pour durer jusqu'en 2024. Nous pensons véritablement que les entreprises comme l'industrie pharmaceutique mais aussi l'État sont tenus en dehors de la mise à contribution. En outre, nous estimons que la réforme ne garantit absolument pas l'égalité des Français devant les soins, comme le souhaite pourtant le Président de la République.

L'euro par consultation est particulièrement injuste et contraire aux fondamentaux de l'assurance maladie, tout comme les dépassements d'honoraires. Quant au médecin référent, là encore, nous nous inquiétons de l'atteinte au libre accès aux spécialistes. Nous ne voyons pas comment vous allez, dans ces conditions, tenir votre engagement, monsieur le ministre, de garantir l'accès direct, par exemple, des femmes à leur gynécologue.

Au nom des améliorations du texte que vous envisagez, nous souhaiterions savoir comment vous prévoyez de procéder, en ce qui concerne l'aide à la complémentaire. Amenderez-vous cette question ou sera-t-elle renvoyée à la loi de finances pour 2005 ? De même, s'agissant du plan de financement, comment allez-vous clarifier les choses ? Cela passera-t-il par la loi de financement de la sécurité sociale, les lois de finances, etc. ?

M. Nicolas ABOUT, président – M. Chabroux a la parole.

M. Gilbert CHABROUX – Merci, monsieur le président. Messieurs les ministres, j'ai été très attentif mais j'ai quand même un certain nombre de questions à vous poser. J'ai découvert, comme mes collègues, hier et aujourd'hui dans la presse, les pages de publicité que vous avez fait publier pour votre réforme de l'assurance maladie. Vous dites : « Pour qu'il n'existe jamais une médecine à deux vitesses. Pour que nous puissions tous être soignés de la même façon. Pour préserver l'égalité des soins dans notre pays ». Je m'interroge. Je sais que le Gouvernement compte beaucoup de grands communicants, vous en faites sans aucun doute partie, mais là n'est pas le problème essentiel. Je m'interroge sur le contenu de ce message, et non sur les moyens mis en œuvre pour essayer de faire passer un tel message. Je voudrais que vous puissiez nous éclairer sur votre conception de l'égalité. Il semble que votre plan est très déséquilibré – je le dis, comme l'a fait avant moi Guy Fischer – et qu'il conduit justement à une médecine à deux vitesses.

Certes, il faut une réforme. Cette nécessité existe. Vous l'avez souligné, vous avez insisté sur ce point. Toutefois, j'aimerais revenir un peu sur les chiffres que vous avez indiqués. Vous dressez un tableau très sombre. « 23.000 euros par minute » : vous répétez cela sans cesse. Quelqu'un vous a dit que le chiffre était parlant mais on paie aussi 36.000 euros par minute pour les exonérations patronales que le contribuable prend à sa charge. On pourrait faire toutes sortes de comparaisons. Et vous ne compensez pas tout sur ces exonérations de cotisations sociales. On pourrait comparer avec le déficit de l'État. Ce déficit a atteint un niveau record ! Etes-vous aussi sombre par rapport aux comptes de l'État ? Je crois que, fin 2003, la dette de l'État atteignait 63,7 % du PIB, soit 992 milliards d'euros. Je souhaiterais donc que l'on relativise la situation.

Vous avez fait allusion au gouvernement précédent. Vous avez indiqué que les dépenses de santé avaient fortement progressé. On connaît l'argument. Toutefois, les recettes, elles aussi, ont beaucoup progressé et le régime général était à l'équilibre en 1999, 2000 et 2001. Il y a eu, je vous le concède, un léger déficit de l'assurance maladie, qui tournait autour de 1 à 2 milliards. Telle était la situation qui vous a été laissée : une situation de quasi-équilibre.

Vous avez fait allusion aux 35 heures. Vous avez mentionné ce que cela coûtait en application. Je voudrais simplement, pour ma part, vous dire que, lorsqu'on crée des emplois, on fait aussi rentrer des cotisations dans les caisses. C'est pourtant une réalité ! Et les 350.000 emplois créés par les 35 heures y ont contribué. 100.000 emplois, cela représente tout de même un milliard d'euros supplémentaires dans les caisses. Si on augmentait d'un point la masse salariale, cela ferait 1,5 milliard d'euros. Monsieur le ministre, je vous demande de faire la part des choses et de faire les bonnes comparaisons.

La réforme est nécessaire, je le reconnais, mais les efforts que vous demandez ne sont pas répartis de manière équitable. Ils demandent trop aux patients et aux assurés par rapport aux entreprises et aux professions de santé, qui sont singulièrement épargnées. On ne demande quasiment rien aux entreprises. On ne demande presque rien à l'industrie pharmaceutique.

Les dépenses de médicaments représentent 20 % des dépenses de santé, mais vous n'agissez pratiquement pas sur cette masse financière. Sachant qu'il y a une surconsommation médicamenteuse, sachant qu'il existe des problèmes de toutes sortes, des fausses innovations, que faites-vous ? La règle, pour vous, est celle du laissez faire quand il s'agit de l'industrie pharmaceutique.

Je voudrais, par rapport à cette médecine à deux vitesses que vous prétendez vouloir écarter, vous demander ce que vous pensez de l'euro forfaitaire par consultation. Est-ce vraiment l'égalité ? Les petits revenus ne seront-ils pas pénalisés ? N'existe-t-il pas un risque que certaines personnes n'aillent plus se faire soigner et soient victimes de pathologies plus lourdes ? La prise en charge coûtera alors plus cher à la collectivité. Et que dire de l'égalité dont vous vous réclamez de l'article 5, qui autorise les dépassements d'honoraires pour les spécialistes lorsque les patients ne seront pas passés par leur médecin traitant ? Je me demande s'il est moral de mieux rémunérer un acte quand il est effectué dans de mauvaises conditions !

Je voudrais aussi vous poser des questions par rapport à la lutte contre les inégalités géographiques et sociales, par rapport à la démographie médicale. Il n'y a rien sur ce point dans votre réforme, ou pas grand-chose. Ce sont des petites mesures, des « mesurette ». Ce n'est pas moi qui ai employé ce terme. C'est, je crois, François Bayrou, qui a parlé de « mesurette », de « réformette ». Pour ma part, je n'emploierai pas ce vocabulaire, mais d'autres l'ont fait et, après tout, on peut s'en servir !

M. Nicolas ABOUT, président - Vous maniez souvent la prosopopée. Citez-vous, cela suffira.

M. Gilbert CHABROUX - Tous les syndicats et mutuelles ont, eux aussi, dénoncé votre plan. Que faites-vous dans le domaine de la santé publique, de la prévention ? Rien. Comment ce texte va-t-il s'articuler avec celui sur la santé publique qui devrait être présenté, paraît-il, dans quelques jours devant notre Assemblée ? Allez-vous parler un jour de médecine du travail, de santé au travail, de santé environnementale ? Je crois qu'il existe bien un plan mais que le sujet ne peut pas y trouver sa place. Allez-vous parler d'éducation à la santé ? N'allez-vous pas rééquilibrer – ne le faudrait-il pas au bout du compte – les soins et la prévention, pour une santé de qualité et centrer le système de soins sur la santé publique et la prévention ? Je vous pose donc un certain nombre de questions en même temps que je vous donne mon point de vue.

M. Dominique LECLERC - Messieurs les ministres, tel est le débat démocratique mais vous me permettez de ne pas poursuivre dans ces propos un peu politiques. N'étant pas tenu à la réserve du rapporteur, je vais me permettre de vous poser quelques questions dans la continuité des propos que vous avez tenus, et qui ont été très bien compris par nos concitoyens, lors de l'émission « Cent minutes pour convaincre ». Je crois que les Français ont compris qu'il ne s'agissait pas d'une énième réforme, mais qu'il existait au contraire une véritable volonté gouvernementale de revoir autrement le problème de l'assurance maladie dans notre pays.

Ma première question est relative aux propos de Xavier Bertrand. Il est indispensable, nous le savons tous, de combattre tous les abus. Il ne faut pas les traiter à la légère car, tous additionnés, ils représentent une facture impressionnante. Si nous

réussissions à y mettre fin, cela permettrait de juguler les dépenses, comme vous l'avez dit. Un équilibre parfait est une vue utopique. Il faudrait faire fi du vieillissement de la population, des nouvelles technologies, etc. Votre projet, bien structurant, ambitieux et séduisant, laisse la porte ouverte à un certain nombre de responsabilités, notamment au paritarisme. Tous les abus sont connus, grâce à l'informatique, qui donne le suivi de ce nomadisme médical et souligne toutes les aberrations, surfacturations, etc. On peut toutes les décliner. Jusqu'à maintenant, les uns et les autres, alors qu'ils en avaient, je pense, l'autorité et les moyens législatifs, n'ont pas agi. Qu'en sera-t-il demain ?

Je fais référence, messieurs les ministres, au dernier rapport de la Cour des comptes, qui a été sévère envers l'AFSSAPS, une instance qui nous est chère car sa naissance est partie du Sénat. Près de mille collaborateurs en dix ans ! Le résultat n'est pas à la hauteur de l'ambition qui a porté l'AFSSAPS sur les fonts baptismaux de sa création. Demain, quelle sera la composition de la Haute autorité médicale, sur laquelle repose beaucoup votre projet de réforme ? Quelles seront ses missions dans cette médicalisation de la dépense de santé ? Ce point me semble essentiel et je ne voudrais pas avoir des doutes. Je compte sur le Gouvernement pour l'amener à répondre à votre ambition.

Il existe aujourd'hui un Comité de transparence qui délivre des AMM concernant les médicaments. Vous évoquez par ailleurs un Comité économique. J'ai beaucoup entendu, l'autre jour, Xavier Bertrand faire allusion à votre souhait d'améliorer le conditionnement par rapport au traitement. La politique du générique a été lancée avec le succès que l'on connaît. Néanmoins, ce Comité de transparence continue, mois après mois, à délivrer des AMM pour des boîtes de 28 ou de 14 comprimés. Comment le patient, à qui il arrive souvent de perdre un comprimé, comprend-il qu'il ne doit prendre son médicament que 28 jours alors qu'un mois en compte 30 ? Des aberrations de la sorte, il en existe beaucoup. Comment, alors que le Gouvernement a lancé une politique de génériques, certains médicaments contraires à cette politique peuvent-ils se voir accorder une AMM ? Je ne prendrais qu'un exemple, le Glucophage à 850. Il a son générique. Pourtant, le laboratoire s'est vu accorder une AMM pour un dosage à 1.000. Messieurs les ministres, quelle sera votre possibilité d'agir vis-à-vis de toutes ces agences, de tous ces comités, afin d'apporter l'efficacité que votre projet demande ?

Ma deuxième question porte sur la médicalisation telle que nous l'avions évoquée lors du vote de l'ONDAM au Parlement à la fin de l'année. Dès l'instant où l'on parle de maîtrise, il en découle obligatoirement une maîtrise financière et une volonté pour nous de la médicaliser. J'étais pour ma part intervenu dans ce sens. Vous êtes allé à Sartrouville rencontrer les médecins conseils. Selon moi, dans le cadre de votre projet, de notre projet, la place du contrôle médical est essentielle. J'ai appris certaines aberrations du paritarisme à l'égard, on va le dire, de la transmission de votre intervention à Sartrouville, qui me font peur quant à l'efficacité de la réforme envisagée. Quelle place entendez-vous donner au contrôle médical, non seulement dans votre projet, mais également par rapport aux caisses ? C'est, je crois, essentiel.

Depuis l'an 2000, je vois des circulaires dans lesquelles des responsables du contrôle médical demandent à leurs médecins de cantonner à 20 % de leur temps les contrôles individuels. Naturellement, la réplique des professionnels a été très claire. Nous assisterons dans quelque temps à une dérive des indemnités journalières. C'est un des éléments qui est à l'origine de la flambée actuelle des indemnités. Quelle est la place, quel est le statut, du contrôle médical ? Il s'agit, selon moi, d'une question essentielle. Au travers des auditions que nous faisons sur les régimes spéciaux, mes chers collègues, les règles de cotisations et de remboursements sont là encore différentes. Ce sont des inégalités entre les uns et les autres qui apparaissent.

Je voudrais également évoquer les mises en invalidité. Tous les maires ici présents le savent. Elles sont évaluées à des milliers, pour ne pas dire beaucoup plus. Il existe des pratiques qui se font, si l'on peut dire, « dans la maison ». Là encore, le contrôle médical des caisses est déterminant pour donner un avis indépendant par rapport à la filière des collectivités locales ou de certaines entreprises que nous auditionnons actuellement.

Ma dernière question concerne le financement. Vous avez essayé, à mon avis, de le répartir judicieusement sur les uns et les autres, avec la responsabilisation des patients. Entre nous, vous le savez très bien, les ALD concernent peut-être une minorité de patients mais représentent une grosse dépense. Pourquoi ne pas instaurer un protocole qui engage les uns et les autres ? Le patient, dès lors qu'il bénéficie de la gratuité, devrait pouvoir s'engager sur un suivi thérapeutique avec son médecin traitant et subir l'incontournable contrôle médical. Ayant lu l'audition du président de la CNAM concernant ces examens demandés en matière de cholestérol, je prendrais l'exemple d'un diabétique. Le protocole se doit d'être individuel, car le suivi n'est pas le même pour tous les diabétiques ou tous les hypercholestérolémiantes.

Il est donc indispensable que cette médicalisation se fasse et, là encore, je ne suivrai pas mon collègue Chabroux. Cette médicalisation est très fine et nécessite qu'une importante communication soit mise en place. Les propositions que vous nous faites auront besoin de temps pour avoir des effets significatifs. Ce n'est pas du jour au lendemain que vous gommerez ces abus, ce n'est pas du jour au lendemain qu'on mettra ce protocole en place. Il est donc indispensable que le Gouvernement communique.

M. Jean CHERIOUX - La question que je souhaite poser est tout à fait courte et très modeste d'ailleurs. Je n'ai pas très bien compris, sur le plan structurel, quel était l'avenir du paritarisme. J'avais cru comprendre qu'au sein de la Caisse d'assurance maladie, pour le moment il n'y avait plus de paritarisme. Alors, va-t-il être rétabli ou pas ? Cette question n'a peut-être pas une importance fondamentale mais me semble cependant intéressante.

Mon deuxième point est plutôt une suggestion. Nous voulons, à juste titre, responsabiliser les malades. Ne serait-il pas judicieux d'envoyer, chaque année, au malade, une note lui indiquant le montant total de ce qu'il a coûté à la sécurité sociale ? Bien souvent, les personnes ne s'en rendent pas compte et cela les responsabiliserait beaucoup.

Je voulais m'arrêter là, mais j'ai finalement une troisième question puisque Gilbert Chabroux a abordé le problème des 35 heures et de leur impact sur les recettes. Personnellement, je crois me souvenir que lorsqu'on a mis en place les 35 heures, on a demandé un gros sacrifice aux salariés sur le plan de l'évolution de leur salaire en contrepartie des RTT. Les 35 heures se sont donc traduites par une moindre hausse des salaires et, par conséquent, une perte de recettes pour la sécurité sociale. Etes-vous capable d'évaluer cette perte de recettes due aux conditions dans lesquelles ont été conçues les 35 heures ?

M. Adrien GOUTEYRON - Je vais être aussi, je l'espère, extrêmement bref. En revanche, je vous demande, monsieur le président, d'excuser mon départ. Je serai sans doute obligé de partir avant que le ministre ne réponde mais je lirai attentivement le compte-rendu de la commission.

Je veux limiter mon propos à une question. Elle rejoint celle qu'a posée tout à l'heure Alain Vasselle sur la CADES mais la mienne sera peut-être plus technique. Vous prévoyez de transférer à la CADES 10 milliards d'euros de dettes en septembre 2004, 25 milliards au plus tard le 31 décembre 2004. A ces 35 milliards, s'ajouteront les

milliards prévisionnels pour les années suivantes, 2005 et 2006. Vous les estimez à 15 milliards maximum.

Messieurs les ministres, ces 15 milliards représentent une somme considérable ; ce n'est pas la peine d'insister sur ce point. Toutefois, vous permettrez au président du Comité de surveillance de la CADES de vous poser une question. Vous prévoyez que les montants des transferts et les dates de versements correspondants pour le remboursement de ces quinze derniers milliards soient fixés par décret. Ne serait-il pas souhaitable, messieurs les ministres, pour des raisons de clarté, et peut-être aussi d'efficacité pour le travail de la CADES, que tout cela soit prévu dans les lois de financement de la sécurité sociale plutôt que par décret ? Lorsqu'il s'agit de sommes comme celles-ci, il est important de garantir une certaine visibilité vis-à-vis des prêteurs.

M. François FORTASSIN - Monsieur le président, messieurs les ministres, j'ai quelques interrogations et j'aimerais avoir des éclaircissements. D'abord, sur le thème du dossier médical personnel. Il est clair que l'on peut être tout à fait d'accord sur ce principe. Cependant, ne craignez-vous pas qu'il y ait quelques problèmes de confidentialité ? Ne peut-on pas considérer qu'un certain nombre d'informations pourraient tomber, si elles ne sont pas totalement sécurisées, entre les mains d'assureurs, de banquiers, autrement dit autant de personnes qui ont à connaître la santé des patients pour des raisons qui n'ont rien de médical. Il y a là un vrai problème. En outre, face à cela, un certain nombre de médecins, voulant défendre très légitimement leurs patients, risquent de fournir un dossier médical personnel *a minima* en ne faisant pas figurer un certain nombre d'indications importantes. C'est un élément qui, je crois, doit être pris en compte.

Ma deuxième interrogation porte sur le devenir de ce que j'appellerais la carte vitale de deuxième génération, qui devait théoriquement sortir le 1^{er} juin. Ne serait-il pas possible d'y faire figurer un certain nombre d'informations extrêmement utiles ? Peut-être pas les informations confidentielles, pour les raisons que je viens d'évoquer, mais en particulier le groupe sanguin, les dons d'organes, les allergies... et éventuellement les empreintes digitales.

Enfin, le troisième point concerne le problème de l'industrie pharmaceutique. Aujourd'hui, on sait qu'il s'agit d'un domaine où les abus sont nombreux. Est-il logique que la force de vente représente près de 50 % du prix du médicament alors que la recherche n'est concernée que pour 10 % ? Quand on sait d'autre part que beaucoup d'experts en la matière sont payés par les laboratoires pharmaceutiques, sont-ils véritablement les mieux placés ? On sait aussi que lorsqu'un médicament est sur le point de tomber dans le domaine public, tel laboratoire modifie quelque peu les molécules et relance un nouveau médicament, pratiquement identique au précédent, échappant ainsi au domaine public. Est-il normal, enfin, d'accepter qu'aujourd'hui certains visiteurs médicaux se voient interdire de contacter certains médecins, jugés « insuffisamment prescripteurs » ? C'est une réalité.

M. Nicolas ABOUT, président - Qui le leur interdit ?

M. François FORTASSIN - Ces mêmes laboratoires pharmaceutiques. On peut considérer que la médecine et l'industrie pharmaceutique sont libérales au niveau de l'exercice mais dès l'instant où elles sont payées par des deniers publics, on peut aussi considérer que dans l'organisation, elles ne doivent pas forcément être exclusivement libérales.

M. Nicolas ABOUT, président - Je peux dire qu'effectivement il me paraît contraire à leurs intérêts d'interdire à leurs visiteurs de consulter les médecins qui ne prescrivent pas leurs médicaments. Par contre, il est vrai qu'il peut y avoir une sélection

des médecins les plus prescripteurs de médicaments en général, et non pas de leurs médicaments en particulier. L'objectif est ici pour les laboratoires de ne pas perdre trop leur temps avec des médecins qui prescrivent très peu, parce qu'ils ont éventuellement une faible clientèle.

M. François FORTASSIN - On les rationne !

M. Nicolas ABOUT, président - Je ne sais pas si on reconnaît aux visiteurs médicaux un rôle d'information des médecins mais pour l'instant, ils sont effectivement les seuls à l'assurer.

M. Bernard CAZEAU - Messieurs les ministres, entre la maîtrise comptable et la maîtrise médicalisée, vous avez fait le choix de ressortir ce vieux serpent de mer de la maîtrise médicalisée, qui a montré depuis des années ses limites. Dieu sait si les différentes mesures ont été appliquées depuis près de vingt ans dans ce domaine ! Sans doute était-il difficile dans votre esprit – et je crois qu'en l'occurrence vous avez eu raison – de faire une réforme sans le concours des professionnels de santé, qui sont absolument opposés à la maîtrise comptable. Vous êtes en train d'essayer de démontrer, une ultime fois certainement, qu'il est impossible de régler ce problème à l'amiable et vous reportez sur vos successeurs une véritable réforme. Il ne s'agit pas ici d'une question. C'est ce que je pense.

Toutefois, voulant jouer le jeu du projet de loi, je vais quand même vous poser une question. Xavier Bertrand a indiqué tout à l'heure que vous mettiez en place toute une série de mesures visant à lutter contre les dépenses inutiles. Vous avez précisé, monsieur le ministre, qu'il existe 5 à 6 milliards d'euros de dépenses inutiles. C'est vrai. La CNAM l'a encore démontré récemment. Toutefois, vous avez omis de mentionner la suite de ses propos. Certes, la CNAM indique qu'il y a 5 à 6 milliards d'euros de dépenses inutiles mais elle ajoute que nous n'avons pas les moyens, y compris juridiques, d'y remédier. Quels sont les moyens nouveaux, sachant qu'il y a 2.000 médecins conseils dont véritablement 800 sont sur le terrain en France, qui seront affectés à la sécurité sociale, qui va maintenant être chargée de cette gestion, pour lui permettre notamment de solutionner le problème des arrêts de travail et de lutter contre les abus que vous mettez en exergue de la part des professionnels de santé ?

M. Nicolas ABOUT, président - La courtoisie m'interdit de ne pas offrir la parole à Mme Luc pour terminer. Elle sera donc la dernière à intervenir.

Mme Hélène LUC - J'apprécie la question qui a été posée par Alain Vasselle sur le fait de savoir si la réforme 2007 correspond à la réforme de l'assurance maladie pour l'hôpital. Je crois que c'est une question importante.

Je m'interroge par ailleurs sur un point. Lorsque, au lieu d'aller voir un généraliste, les personnes iront voir directement un spécialiste, pensez-vous réellement que cela permettra de faire des économies ? Je n'en suis pas sûre du tout.

Par ailleurs, il devient très difficile aujourd'hui de consulter un généraliste. Le temps d'attente est considérable. Certains médecins généralistes ne reçoivent des patients que s'ils sont recommandés par une relation. Je vous parle en connaissance de cause. A quelle situation va-t-on aboutir pour les généralistes ?

Je m'interroge aussi sur le droit d'aller voir plusieurs médecins, non pour les mettre en concurrence, mais pour trouver une autre solution médicale. Je peux vous citer plusieurs cas. Priver les patients de cette possibilité revient à leur ôter un droit.

S'agissant de la formation des médecins, avez-vous fait un bilan ou allez-vous le faire ? Je pense qu'il faudrait apporter des améliorations à la formation de médecins,

notamment du point de vue psychologique. La psychologie joue, selon moi, un très grand rôle dans la médecine ; les étudiants ne sont pas assez formés dans ce domaine.

Mon dernier point concerne le service de garde des médecins. J'avais émis le souhait, auprès de votre prédécesseur, qu'il y ait un contrat entre la CNAM et l'ordre des médecins. J'aimerais savoir où l'on en est.

Enfin, dans le domaine de la prévention, de la médecine scolaire, nous sommes toujours aussi pauvres, et de plus en plus, en médecins scolaires. Je considère que si l'on faisait davantage à l'école, on dépenserait sans doute moins d'argent ensuite car les enfants seraient en meilleure santé.

Je souhaiterais conclure en évoquant les arrêts de maladie. Faites-vous entrer le problème social en ligne de compte ? Monsieur le ministre médecin, ou le médecin ministre, vous avez eu devant vous des femmes qui avaient des enfants. Quand une femme a un ou deux enfants malades, quand il y a des épidémies, que peut faire un médecin sinon lui donner un arrêt maladie ? Personnellement, je ne vois pas comment il peut faire autrement. Est-ce que vous définissez cela comme un abus ? Selon moi, ce n'en est pas un. C'est s'occuper du problème de la santé des enfants.

M. Nicolas ABOUT, président - Docteur, quel est votre diagnostic ? Monsieur le ministre...

M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé et de la protection sociale - D'abord, je vous remercie pour les questions importantes que les uns et les autres avez posées, ainsi que pour l'ambiance générale.

Le rapporteur général a posé une question très précise sur le dossier médical partagé. François Fortassin ainsi qu'Hélène Luc l'ont rejoint dans cette démarche. Il est vrai que la mise en place d'un dossier médical personnel est incontestablement en retard en France par rapport à d'autres pays. Toutefois, ce retard est, paradoxalement, pour moi, une chance. En effet, pour développer le dossier médical personnel, il faut qu'il soit informatisé. Or les méthodes d'informatisation, les technologies électroniques et l'informatique ont considérablement évolué au cours des dix dernières années. Elles permettent désormais de sécuriser les transferts d'information à distance et autorisent des accès sur des bases de données très importantes.

Vous avez posé plusieurs questions. Vous avez évoqué, d'abord, le problème du calendrier. Le Gouvernement a prévu de procéder à une généralisation progressive, appuyée sur des expérimentations permettant ensuite un déploiement généralisé fin 2006, début 2007. Ce calendrier est compatible avec la montée en charge de la réforme et permettra dans le même temps d'achever l'informatisation des cabinets médicaux et des établissements hospitaliers. C'est un chantier majeur, techniquement complexe, sur lequel nous allons nous concentrer dans les mois à venir. Les professionnels sont partants. Les assurés sont dans l'attente de ce dossier. C'est une chance historique de pouvoir avancer de façon décisive.

François Fortassin pose la question de la confidentialité. Il a raison. Vous aussi, monsieur le rapporteur général, avez posé la question. Il faut quand même savoir que les choses évoluent vite. Aujourd'hui, deux millions de nos concitoyens font leur déclaration d'impôt sur le revenu via Internet, et un million et demi de personnes consultent l'état de leur compte en banque personnel via Internet, parce que tout cela est confidentiel. On procèdera de deux manières pour accéder aux informations contenues dans le dossier médical. D'abord, chacun de nous pourra accéder à son propre dossier grâce à une fiche électronique avec un numéro INSEE ou autre. Nous aurons une carte qui nous reconnaîtra. Ensuite le médecin, mais pas n'importe quel médecin, uniquement celui qui détiendra une carte professionnelle santé (une CPS), pourra avoir accès au

dossier médical. Toutefois, cela ne lui sera possible que s'il possède également l'autre carte, celle du malade. Un médecin seul ne pourra pas accéder au dossier. Reste une inconnue : la personne que l'on trouve dans le coma dans la rue. Je n'ai pas encore trouvé de solution technique. Si vous avez une idée, je suis preneur.

Enfin, Hélène Luc pose le problème de savoir si demain on pourra toujours aller voir plusieurs médecins. La réponse est oui. Il n'y a absolument aucune atteinte à la liberté de choix du malade. Prenons l'exemple, justement, du dossier médical. Une personne qui a une douleur à la poitrine consulte un premier médecin le matin à 10 heures. Celui-ci lui réalise un électrocardiogramme de repos puis un électrocardiogramme d'effort : ces deux examens s'avèrent normaux. L'après-midi, vers 16 heures, la patiente va voir un second médecin qui va procéder aux mêmes examens, qui donnent les mêmes résultats. Lorsque le soir à 21 heures, elle ira consulter un troisième médecin, je pense que celui-ci, voyant dans le dossier médical que les deux ou trois premiers électrocardiogrammes sont normaux, ne renouvellera pas cet examen et passera plutôt à l'échographie ou à autre chose. Je veux dire par là que, non seulement ce n'est pas une atteinte à la liberté, mais que cela permet surtout une meilleure qualité du traitement et une meilleure exhaustivité. Je crois que tout le monde est d'accord là-dessus.

Mme Hélène LUC - Oui, mais ce n'est pas si simple. Je ne parle pas de cela.

M. Philippe DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé et de l'assurance maladie - Je l'avais bien compris, mais en général, il s'agit bien de cela. En tout cas, sachez que nous ne restreindrons jamais l'accès aux médecins. Je reviendrai sur le sujet du médecin spécialiste dont vous avez parlé tout à l'heure.

Le rapporteur général a abordé le problème de l'hôpital. D'autres aussi ont soulevé cette question. L'hôpital, comme la médecine de ville, est au cœur de la réforme de l'assurance maladie. Sur le plan régional tout d'abord, dans l'amélioration de la coordination entre la ville et l'hôpital. Je l'ai dit : le malade est unique, le financeur est unique. Pour améliorer l'efficacité de la prise en charge des patients, notamment au niveau des réseaux de santé, le rapprochement des agences régionales d'hospitalisation d'un côté et des unions régionales de caisse d'assurance maladie de l'autre, et le dossier médical personnel demanderont autant d'efforts à l'hôpital qu'en ville. Sur le plan national ensuite, avec le rapprochement de l'assurance maladie et de l'État au sein du Comité de l'hospitalisation qui doit donner des avis sur tous les éléments de financement des hôpitaux et des cliniques. Enfin, l'hôpital, Xavier Bertrand l'a évoqué, participera à hauteur de 1,6 milliard d'euros d'économies, notamment par la rationalisation de la politique d'achat. Sachez que les hôpitaux, en général, n'ont pas de politique d'achat. Que ce soit une centrale d'achat sur les médicaments, une centrale d'achat sur les produits courants, en particulier les cuisines centrales, il n'y a pas de politique d'achat dans les hôpitaux aujourd'hui. Ce n'est pas normal.

Vous m'avez posé une question, monsieur le rapporteur général, sur la T2A et la gouvernance. Nous sommes favorables au fait de ne pas rester dans le budget global hospitalier. C'est totalement déresponsabilisant. Qu'un service soit plein ou vide, il reçoit la même somme à la fin de l'année. Je n'ai pas trouvé une personne, de n'importe quelle tendance politique que ce soit, qui veuille garder le budget global. Que faut-il faire ? Depuis 1994, nous essayons, tous les gouvernements compris, de voir ce que peut être la tarification à la pathologie, puis la tarification à l'activité. Nous sommes favorables à une tarification à l'activité mais également, comme les Allemands, au principe de garder dans chaque enveloppe budgétaire une partie pour ce qu'on appelle le service public hospitalier, les missions d'intérêt général. A titre d'exemple, une chirurgie cardiaque, très technique, a tout intérêt à une tarification à l'activité. A l'inverse, un

urgentiste qui ne voit arriver dans son service que des plaies à l'arme blanche ou des douleurs fonctionnelles un peu psychologiques, ou tout simplement des overdoses de méthadone, n'a pas à faire face à des problèmes très techniques. Il ne faut pas pour autant pénaliser ce genre de service. C'est la raison pour laquelle nous allons progressivement opter pour la T2A, la tarification à l'activité, mais en gardant ces fameux MIGAC, ces missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

Concernant, monsieur le rapporteur général, la gouvernance de l'hôpital, dans la mesure où le malade est au cœur du pôle, j'y suis favorable, à condition qu'il s'agisse de pôles médicaux. Quand un centre hospitalier accueille au premier étage la cardiologie, au deuxième la chirurgie cardiovasculaire, au troisième la pneumologie et au quatrième la chirurgie thoracique, avec en bas le cholestérol et l'hypertension, il est normal que l'ensemble soit regroupé en pôle, le pôle thorax / cœur / poumon. C'est normal et après tout, il est plutôt positif que les services ne se battent pas tous pour avoir le même scanner ou le même IRM. C'est ce qu'on appelle une économie d'échelle et c'est ce qui permet à tous d'être les meilleurs. A l'inverse, je peux comprendre que l'on soit défavorable à l'idée d'un pôle qui serait imposé uniquement pour faire des économies. Je trouve que mon prédécesseur a très bien travaillé dans ce sens. Il reste néanmoins cet aspect médical, qu'il faut mettre au cœur de notre réflexion.

S'agissant de la répartition des rôles entre l'État et les partenaires sociaux, la nouvelle gouvernance implique une nouvelle répartition des compétences entre le directeur et le conseil. Nous avons beaucoup parlé des partenaires sociaux. Certains voulaient mettre le curseur plutôt vers le conseil, d'autres - le MEDEF en particulier - plutôt vers le directeur. Le rôle joué par le conseil demeure très important puisqu'il lui appartient de définir les principales orientations de la politique de la caisse. Il peut d'ailleurs s'opposer au choix du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie, qui est nommé en conseil des ministres, s'il désapprouve cette nomination. Il existait un large consensus pour faire évoluer le rôle respectif des différents acteurs. J'ai le sentiment qu'en effet, les partenaires sociaux sont prêts à participer à cette nouvelle gouvernance. Il est sain que les partenaires sociaux dans leur ensemble, c'est-à-dire avec les représentants des employeurs, puissent figurer au sein des nouveaux conseils qui succéderont au conseil d'administration. C'est une garantie d'équilibre et de cohérence dans l'action des caisses. La gouvernance que nous présentons permet de concilier des positions parfois divergentes entre les différentes parties concernées.

Jean Chérioux a posé la question du paritarisme. Depuis 1945, le paritarisme prévaut mais l'assurance maladie a beaucoup évolué. En 1945, il fallait faire en sorte qu'à l'injustice d'être malade, ne s'ajoute pas celle de ne pas pouvoir faire manger sa famille. L'essentiel, en 1945, était l'arrêt maladie. Les seuls salariés payaient un système qui leur était directement destiné. Voilà tout. Aujourd'hui, certes les arrêts maladie restent essentiels, j'y reviendrai tout à l'heure, mais ce sont surtout les soins qui sont importants. Les dépenses de soins de 2004 ne peuvent être comparées à celles de 1945. Aujourd'hui, le système est financé par les salariés, bien sûr, mais aussi par l'impôt. Il bénéficie non seulement aux salariés, mais plus largement à tous les résidents qui se trouvent en France, ce qui change tout. Le système est devenu universel. Partant de là, le paritarisme ne peut être qu'un paritarisme rénové, avec la présence du patronat. Nous avons par ailleurs fait le choix, après une importante discussion avec les partenaires sociaux, d'associer la mutualité à la caisse et aux conseils.

Vous avez posé la question, monsieur le rapporteur général, de la reconnaissance d'un pouvoir d'opposition accordé aux organisations syndicales. Personnellement, je pense que l'instauration d'un pouvoir majoritaire d'opposition permet de légitimer les conventions signées et d'éviter l'existence de conventions dont les syndicats ne reconnaissent pas toujours la solidité. Ce pouvoir n'empêche nullement

la vie conventionnelle car, en l'absence d'accord, il reviendra à un arbitre désigné par les parties, au président de la Cour des comptes, ou au président du Haut conseil à l'assurance maladie comme l'Assemblée nationale pourrait le proposer, d'établir un règlement applicable après l'arrêté du ministre. Il en résulte une vie conventionnelle où les accords sont légitimes et où les intérêts de chacune des parties pour aboutir à un accord sont plus forts que lorsqu'il s'agit de s'en remettre à un tiers, comme c'était le cas, jusqu'à présent, avec l'État.

Vous avez été nombreux, aux côtés du rapporteur général, à poser la question du médecin traitant. Gilbert Chabroux a même parlé de morale. Guy Fischer, pour sa part, a souligné le problème du secteur II et a évoqué le risque d'une médecine à deux vitesses. Aujourd'hui, après tous les gouvernements successifs, qu'en est-il ? Prenons le cas d'une femme de 25 ans qui a besoin d'un gynécologue dans la région parisienne. Qui va-t-elle consulter ? Elle n'a pas le choix. Elle ne peut qu'aller voir un médecin de secteur II, parce qu'il n'existe pas de gynécologue de secteur I dans la région parisienne. Tel est le système actuel que vous avez accepté, que nous avons accepté. Dans ce système, si elle ne peut payer 50 ou 70 euros, elle ne peut pas consulter de médecin. C'est cela une médecine à deux vitesses. Je suis désolé de le dire mais telle est aujourd'hui la réalité de la médecine de la région parisienne. Certes, la situation est différente en province parce que le secteur II n'y est pas développé de la même façon. Néanmoins, on s'aperçoit aujourd'hui que tous les médecins qui sont en secteur I demandent à passer en secteur II. Certains vont même parfois jusqu'à augmenter leurs honoraires de manière unilatérale. Les caisses primaires d'assurance maladie les déconventionnent. Nous nous trouvons dans un schéma presque insurrectionnel face à certaines caisses primaires d'assurance maladie. Que faut-il faire ? Faut-il accorder le secteur II à tout le monde ? Personnellement, je ne le souhaite pas. Cela généraliserait une médecine à deux vitesses. Nous nous sommes demandés comment diminuer cet état de fait tout en instaurant un parcours personnalisé.

Je rappelle d'abord que la notion de médecin référent, dont quelqu'un a parlé tout à l'heure, n'apparaît pas dans notre projet. Un médecin traitant sera chargé de coordonner le dossier médical. Imaginons que j'ai mal au thorax et que je craigne à tort un problème cardiologique. Si je consulte un cardiologue, ce dernier pratiquera tous les examens possibles pour identifier la cause du problème : un électrocardiogramme de repos, un électrocardiogramme d'effort, une échocardiographie bidimensionnelle, une échocardiographie couleur, un scanner, puis un IRM. Voilà ce que fera un de mes collègues cardiologue. En revanche, si je consulte un bon médecin traitant, qui a l'habitude depuis quinze ou vingt ans de voir de nombreux patients souffrant de douleurs thoraciques et qui me connaît depuis longtemps, il verra que cela ne ressemble pas à une douleur coronarienne. Si l'électrocardiogramme est normal, il me demandera seulement de revenir le voir le soir si les douleurs persistent. Nous en revenons encore à la notion de bon sens. Si mon médecin traitant me confirme que je dois voir un cardiologue, j'irai consulter ce spécialiste et serai remboursé 23 ou 25 euros.

Voilà ce qu'est une bonne médecine aujourd'hui. Cette réforme ne présente pas seulement un aspect de gestion économique. Elle répond aussi au bon sens médical. La patiente que j'évoquais tout à l'heure, qui n'a pas les moyens de payer un médecin du secteur II, pourra consulter n'importe quel spécialiste avec un tel système. C'est à mon avis le contraire d'une médecine à deux vitesses.

Une personne pourra toujours aller voir directement un cardiologue. Dans ce cas, je permets au cardiologue d'augmenter ses honoraires conformément aux termes de la convention. Le risque est cependant que le médecin spécialiste, dont la salle d'attente serait bondée, fasse attendre les patients se présentant par l'intermédiaire de leur médecin traitant pour soigner en priorité les plus fortunés, qui seraient venus directement

chez lui. C'est le seul défaut de mon texte. Nous devons trouver ensemble un moyen de mentionner dans la loi l'obligation d'un égal traitement pour tous les malades, et de prévoir des contrôles, etc. J'ouvre moi-même ce sujet à la discussion.

L'assurance maladie a chiffré les économies qui résultent d'une maîtrise généralisée à 5 ou 6 milliards d'euros. Nous sommes plus prudents : nous l'évaluons à 3,5 milliards d'euros. Je vous assure qu'avec des comportements nouveaux, nous pouvons arriver à économiser 3,5 milliards d'euros. Je laisserai la parole tout à l'heure à Xavier Bertrand sur la clarification des comptes de l'État et de la sécurité sociale ainsi que sur le financement de la dette passée pour répondre à la question du rapporteur général.

L'étatisation, dont Guy Fischer a parlé, n'existe absolument pas puisque nous avons voulu avec les partenaires sociaux, rester dans le paritarisme, même s'il s'agit d'un paritarisme rénové. La médecine à deux vitesses, évoquée par Gilbert Chabroux, apparaîtra justement si nous ne faisons rien. Beaucoup nous attendent au tournant. Nos concitoyens l'ont compris : si nous ne faisons pas cette réforme, les plus modestes d'entre nous ne pourront pas payer leurs frais médicaux, parce qu'on est vite modeste quand il s'agit d'examen aussi onéreux que l'IRM, le scanner ou le dosage œstrogène.

Nous n'avons jamais dit qu'il y avait trop d'ALD, monsieur Fischer. Les malades sont bien sûr, par définition, trop nombreux. Nous avons seulement insisté sur le fait que, lorsqu'on est en ALD, si l'on est à 100 % pour une maladie précise, on ne doit pas l'être forcément pour tout le reste. Il est de mon devoir de le souligner et je pense que vous feriez de même si vous étiez à ma place. MM. Chabroux et Fischer ont évoqué l'euro par consultation comme un procédé inégal. Je me permets simplement de rappeler que les personnes relevant de la CMU et du tiers payant ainsi que les femmes enceintes ou les enfants de moins de seize ans ne sont pas concernés. Quant à vous et moi, avec notre salaire, nous pouvons donner un euro par consultation, je vous le dis très franchement. Cela ne va pas poser de problème.

Le président de la République s'était engagé à apporter une aide à la complémentaire pendant l'élection présidentielle. Il a confirmé cet engagement devant la Mutualité française à Toulouse en juin 2003. Nous avons décidé qu'il y aurait des amendements parlementaires, monsieur le président, monsieur le rapporteur général, sur cette aide. La CMU telle qu'elle avait été mise en place par Martine Aubry, avec un effet seuil, ne pouvait pas fonctionner. La Mutualité, la CFDT et certains partenaires sociaux l'avaient prévenue. Aujourd'hui, si vous vivez seul et percevez 566,50 euros par mois, vous avez droit à tout. Mais si vous percevez 567 euros, vous n'avez droit à rien. Cette solution n'est pas juste. C'est cela, un système à deux vitesses. Nous souhaitons pour notre part redonner un peu de justice sociale.

Monsieur Chabroux, tout à fait entre nous, il est vrai que les comptes de la sécurité sociale se sont rééquilibrés entre 1999 et 2001, grâce à une augmentation des recettes liée à la baisse du chômage. Néanmoins, je me permets de dire, sans qu'il s'agisse ici de chercher à diminuer les mérites de qui que ce soit, que la situation était la même en Italie, en Angleterre et en Allemagne. C'est la croissance internationale qui a permis ce rééquilibrage. En revanche, les dépenses de l'assurance maladie n'ont cessé d'augmenter depuis 1997, y compris sous le gouvernement de Lionel Jospin. Nous devons donc essayer de trouver les moyens structurels de diminuer ces dépenses d'assurance maladie.

Vous dites que nous n'avons rien fait concernant l'industrie pharmaceutique. Nous allons signer dans quelques jours - mais après tout, il est vrai que cela n'a pas été dit officiellement ni médiatiquement - une convention avec l'industrie pharmaceutique de 2,3 milliards d'euros d'ici 2007, basée essentiellement sur la politique de génériques.

Nous sommes très en retard en France sur ce point. Cette politique a commencé en 1996. Nous avons donné des intérêts aux pharmaciens pour qu'ils vendent des génériques et cela a bien fonctionné. Nous pensons qu'un milliard d'euros par an peut être gagné en poursuivant sur cette voie.

Concernant la démographie médicale, vous avez raison, je pense que ce texte est peut-être encore un peu timide. Je n'ai pas trouvé la solution. Aujourd'hui, beaucoup de conseillers généraux, beaucoup de maires de petites communes – les sénateurs connaissent cela mieux que moi – ont des difficultés pour amener des médecins, qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, dans leurs cantons ruraux. Je crois personnellement que les incitations prévues tant par Bernard Kouchner que par Jean-François Mattei sur les praticiens hospitaliers et les médecins libéraux suffisent. On me dit que non mais en réalité, c'est le décret qui est en cause. Il limite tellement le nombre de zones éligibles que personne ne peut bénéficier de ces incitations. Nous devons donc étudier ensemble ce décret. Je suis prêt pour ma part à le revoir. Dans l'hypothèse où les incitations ne suffiraient pas, la question se poserait alors de remettre en cause la sacro-sainte liberté d'installation du médecin. Toutefois, le jour où vous reviendrez, mesdames et messieurs les sénateurs, sur cette liberté, alors vous multipliez par cinq ou dix le prix du cabinet médical à Menton, Cannes, Nice ou Bordeaux. Je n'ai, personnellement, pas fait ce choix, mais je suis prêt à avoir une discussion très ouverte avec vous sur le sujet.

S'agissant de la médecine du travail, sachez qu'avant la fin décembre, nous présenterons, Jean-Louis Borloo, Xavier Bertrand et moi, un projet en accord avec les partenaires sociaux. Quant à la santé environnementale, monsieur Chabroux, nous sommes à quelques heures d'une présentation sur l'eau potable, les voitures, les 4x4, les pesticides, qui fait un grand bruit, y compris dans la majorité. On ne peut pas nous accuser de n'avoir rien fait. Il est vrai que nous n'avons pas abordé la question dans la loi mais la thématique est un peu éloignée de l'assurance maladie.

Concernant la prévention, sujet sur lequel a insisté Hélène Luc, nous avons décidé que le dossier médical personnel comprendrait une partie touchant aux pratiques de prévention, aux pratiques vaccinales. Nous envisageons par ailleurs de plus en plus d'évoquer la consultation obligatoire ophtalmologique à l'âge de six ans (parce qu'un enfant sur cinq serait myope, en particulier dans les familles modestes, sans qu'on le sache) et de onze ans, ainsi que l'examen buccodentaire obligatoire.

Dominique. Leclerc a parlé d'abus. Le dossier médical personnel permettra de rendre visibles les examens redondants. Il apparaîtra, par exemple, qu'un médecin a effectué trois fois le même examen en une semaine. Nous allons donner les outils juridiques pour pouvoir lutter contre ces abus. On me dit parfois, et vous avez cité des sources qui ont toutes leur valeur, que ce n'est pas une réforme. Pour la première fois, les syndicats médicaux acceptent cependant l'idée des sanctions individuelles sur la pratique. Avec eux, nous allons jusqu'à prévoir des sanctions graduées : premièrement un avertissement, deuxièmement une amende financière, troisièmement un déconventionnement.

Personne ne se permettrait de revenir sur les arrêts maladie, y compris d'ailleurs pour une maman qui aurait des enfants malades. Personne ne le veut, ni dans la majorité, ni dans le Gouvernement. Néanmoins, on compte aujourd'hui 212 millions d'arrêts de travail et seulement 0,5 % de contrôle à court terme. Quel que soit notre groupe politique, nous avons intérêt à mettre fin aux abus si nous voulons sauver les arrêts maladie. Selon Jean-Marie Spaeth, le président de la Caisse nationale d'assurance maladie, il n'existe pas plus de trois ou quatre médecins par département qui se spécialisent dans les arrêts maladie. Il ne serait pas anormal de disposer des outils juridiques pour ôter à ces personnes la possibilité de prescrire des arrêts maladie sauf si

le médecin conseil est à leurs côtés. Le problème sera très vite réglé dans beaucoup de départements. A l'inverse, il est quand même normal d'interroger en commission de contrôle les salariés qui, dans le dossier médical personnel, n'auraient jamais de pathologie, mais seraient sans cesse en arrêt maladie. Par contre, il serait anormal de sanctionner un salarié qui se serait mis en arrêt maladie à la demande de son patron. Nous avons également prévu ce cas dans nos propositions.

S'agissant du conditionnement des médicaments, Jean Chérioux a suggéré d'envoyer à chaque assuré un document lui indiquant combien il a coûté. Je crois que c'est un peu compliqué à faire mais pourquoi pas ? Cela aurait une valeur pédagogique. On le fait en hospitalisation, en effet. Je suis très ouvert à cela.

Je reviens sur ce que disait Dominique Leclerc sur la place du contrôle médical. Nous avons assisté ces dernières années à un retrait du contrôle médical de son champ premier d'intervention. Sur le terrain, les médecins conseils nous disent être prêts à réinvestir ce champ mais nous indiquent qu'ils manquent d'outils pour mettre en œuvre des contrôles efficaces. Nous répondons donc à travers ce projet de loi à cette double demande en remettant le service du contrôle médical dans une logique de contrôle et en prévoyant des dispositifs de sanction qui seront gradués mais devront être utilisés en cas d'abus. Le service médical au niveau local sera de plus mobilisé par les unions régionales des caisses d'assurance maladie pour mettre en œuvre une politique globale de gestion du risque maladie en liaison avec les professionnels médicaux.

Concernant les 35 heures, monsieur Chérioux, je n'aurai pas la cruauté de rappeler les conditions dans lesquelles la compensation des exonérations a été mise en place. Le FOREC, que nous avons heureusement supprimé, a largement puisé dans les recettes affectées à la sécurité sociale. Je ne mets pas en cause les 35 heures. Je dis simplement que pour tous ceux qui connaissent l'hôpital public, elles ont été mises en place en dépit du bon sens. Il fallait embaucher 45.000 personnes, on le sait. Comment embaucher des infirmières quand il n'en sort pas suffisamment des écoles d'infirmières ? Je ne rappellerai pas le nombre d'infirmières qui sortaient des écoles en 1998 et 1999. Il est vrai que Bernard Kouchner a augmenté ensuite ce nombre, et nous continuons à le faire. Aujourd'hui, il en sort 30.000 par an.

Monsieur Gouteyron, c'est Xavier Bertrand qui vous répondra.

Monsieur Fortassin, je vous ai déjà répondu sur la confidentialité du dossier médical. Concernant les experts, je crois quand même que vous y allez un peu fort. Dans tous les pays du monde, l'industrie pharmaceutique, la recherche privée, fait ce qu'on appelle la phase 1 sur des volontaires sains. Ensuite, à partir de la phase 2 et surtout de la phase 3, pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché, il faut bien commencer à voir si le médicament marche sur un malade. On demande donc à son médecin s'il l'autorise à prendre ce médicament. Les choses seront ainsi tant que le monde sera monde, à moins de tout nationaliser, et je ne pense pas que ce soit ce que vous vouliez, tel que je vous connais.

Vous posez néanmoins une question de fond, qui touche à la véracité et à l'honnêteté scientifique des experts médicaux. Très franchement, en mon âme et conscience, dans les très grandes équipes mondiales, c'est fait de telle manière qu'on peut avoir confiance. En plus, il y a une trace de tous les examens biologiques. Il est impossible de faire entrer des biais « achetés » par l'industrie pharmaceutique. Toutes les grandes études épidémiologiques sont faites sur des milliers de cas et en double aveugle. J'ai pour ma part participé à l'expérimentation sur le Zocor. Je n'ai jamais su pendant quatre ans si les patients étaient sous Zocor ou pas puisque je ne pouvais même pas voir leurs résultats biologiques, et ce en accord avec eux, les patients étant payés et le sachant. Je crois en mon âme et conscience que tout est plutôt sécurisé. En revanche, il

convient de beaucoup mieux préciser le rapport entre les visiteurs médicaux et le corps médical. Une loi y a contribué en 1992 mais il n'en reste pas moins vrai que certaines pratiques doivent certainement être sanctionnées davantage qu'elles ne le sont aujourd'hui.

Monsieur Cazeau, vous croyez à la régulation comptable. Cela vous honore parce que c'est courageux. Beaucoup de gens pensent comme vous. Simplement, vous l'avez dit, on ne peut pas faire une régulation avec le système à la française, avec des médecins libéraux, Alain Juppé s'en souvient. Si vous faites une régulation comptable, avec une enveloppe fermée, et si les médecins expriment leur refus, comment procédez-vous ? Vous ne pouvez pas la faire. Pour une meilleure rapidité des résultats, vous avez raison, mais cela sous-entendrait que l'on change le système de médecine à la française. Ce ne serait plus une médecine libérale mais une médecine salariée. Personnellement, je n'ai pas fait ce choix. Je reconnais que c'est la dernière chance mais je suis persuadé que cela fonctionnera. Tout le monde ne pense pas comme moi. Certains, y compris de la majorité, se posent la question. Je crois pour ma part que c'est possible. En tout cas, si nous nous trompons, cela voudra dire qu'une régulation comptable est devenue nécessaire. Pour certains, cela signifie une franchise à 50, 100, 200 ou 300 euros, avant que l'assurance maladie ne commence à payer. Je me suis beaucoup opposé à cela à titre personnel et c'est le pendant inévitable de la régulation comptable. Je ne dis pas que vous y êtes favorable. Je dis seulement que ce problème existe.

Xavier Bertrand va répondre à toutes les autres questions.

M. Nicolas ABOUT, président – Merci, monsieur le ministre.

M. Xavier BERTRAND - Monsieur le président, vous avez invoqué tout à l'heure la courtoisie. Je voudrais à mon tour l'invoquer pour inverser l'ordre des questions et m'adresser d'abord à Mme Luc pour évoquer les SAMI. J'ai eu l'occasion d'effectuer mon premier déplacement ministériel dans le département du Val-de-Marne. Nous avons deux enjeux sur la question des SAMI et des permanences de soins. Là où la permanence de soins n'est pas assurée, il s'agit de savoir la mettre en place ; là où elle est assurée, comme c'est le cas aujourd'hui dans le Val-de-Marne, il convient de la pérenniser. La semaine dernière encore, des négociations ont eu lieu entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sur la question. Nous sommes optimistes, même si nous n'avons pas à nous immiscer dans le champ conventionnel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. Nous savons que l'ensemble des acteurs doivent prendre leurs responsabilités : l'hôpital bien évidemment, la médecine libérale, les élus locaux, comme c'est le cas notamment avec les SAMI, mais également l'assurance maladie sont aussi dans cette voie et dans cette logique. Nous avons déjà eu des échanges avec la Caisse primaire d'assurance maladie du Val-de-Marne. Là encore, les réponses seront dans la convention. Nous avons toutes les raisons d'être optimistes quand nous savons ce que cela apporte en qualité supplémentaire de soins, non seulement en permanences de soins mais aussi en termes de complémentarité entre les urgences et la médecine libérale. Cela permet de répondre à la question de la saturation des urgences à la fois en amont mais aussi en aval ; ce qui se passe dans le Val-de-Marne peut être considéré comme un exemple.

Je voudrais, si vous me le permettez monsieur le président, répondre tout d'abord au rapporteur Alain Vasselle sur la question de la loi organique. Le Gouvernement souhaiterait pouvoir déposer à l'automne, en tout état de cause après le vote du prochain PLFSS, un projet de loi organique afin que cette nouvelle procédure puisse être mise en œuvre pour le projet de loi de financement pour 2006. L'objectif de cette réforme serait double. Tout d'abord, il s'agirait de mettre les lois de financement dans une perspective pluriannuelle afin de dégager une vraie visibilité au-delà du seul

exercice en cours et de pouvoir, au nom de cette visibilité, donner dans ce cadre privilégié qu'est le Parlement, davantage d'indications sur les conditions de l'équilibre des différentes branches. En la matière, nous avons le sentiment que nous pouvons progresser afin d'avoir un ONDAM plus crédible et plus réaliste et des acteurs davantage responsabilisés, cette clarté, comme l'a dit à l'instant M. le ministre, se situant bien dans le cadre d'une maîtrise médicalisée.

Je voudrais aussi intervenir un court instant sur cette question. La maîtrise médicalisée est la seule réponse pérenne aux questions qui sont posées aujourd'hui au titre de l'assurance maladie. La maîtrise comptable n'est absolument pas dans notre logique. Nous pensons qu'on peut se sentir responsable des dépenses sans pour autant être prisonnier d'une enveloppe. Nous ne souhaitons pas être prisonniers d'une enveloppe parce que ce serait nier également les impératifs de santé publique qui peuvent se poser à nous en cours d'exercice.

Concernant la clarification, il est toujours difficile dans le cadre actuel d'avoir une logique pluriannuelle. Je voudrais rappeler que le transfert d'un milliard d'euros des droits tabac poursuit un mouvement qui a déjà été entamé dans les lois de financement pour 2003 et 2004, qui ont fait passer notamment la part des droits tabac de 8 % à plus de 22 %. Il n'est pas possible aujourd'hui, compte tenu de l'état de nos finances publiques, de faire davantage. Nous avons insisté pour qu'il existe une protection, une sanctuarisation, des recettes affectées aujourd'hui à l'assurance maladie afin de ne pas retomber dans ce qu'on pourrait appeler les erreurs ou les errements du passé en la matière. Je sais que c'est un sujet qui vous tient particulièrement à cœur monsieur le rapporteur. Compte tenu de nos possibilités actuelles, il s'agit d'un effort important, qui avait été souhaité par un certain nombre de nos partenaires sociaux. Nous avons aussi entendu le message qui nous était adressé.

S'agissant du financement de la dette, je voudrais à la fois vous répondre et répondre au président Gouteyron. Il existait effectivement d'autres perspectives. Vous savez qu'en ce qui concerne le traitement de la dette liée aux déficits qui se sont accumulés et atteindront 35 milliards d'euros à la fin de l'année 2004, trois possibilités étaient envisageables. Nous pouvions allonger la durée de la CRDS à hauteur de 0,5 % comme aujourd'hui en contrepartie du transfert de la dette à la CADES, c'est la voie que nous avons choisie. Un autre scénario permettait de maintenir le remboursement de la dette à 2014 mais il aurait fallu alors doubler le prélèvement actuel de la CRDS, c'est-à-dire passer de 0,5 % à 1 %. Compte tenu des perspectives de croissance qui sont devant nous, il nous a semblé particulièrement dangereux, et même contre-productif, d'augmenter les prélèvements sur les ménages. Il y avait enfin une troisième solution, un scénario mixte ou panaché, avec un allongement de cinq à six ans de la durée de perception de la CRDS et, en contrepartie, une augmentation de 0,2 ou 0,3 % de la CRDS. Je ne suis pas certain qu'au titre de la visibilité, les Français aient pu véritablement comprendre la logique d'un tel scénario. Je voudrais dire quand même, concernant le fait de repousser cette dette sur les générations futures, que nous parlons d'un simple transfert de 2014 à 2024. C'est un choix qui a déjà été fait, notamment par le gouvernement de Lionel Jospin qui avait reporté de 2008 à 2014 l'échéance concernant la CADES.

Nous souhaitons effectivement donner plus de visibilité à la CADES pour pouvoir élaborer son plan de financement dans les prochaines années. Nous avons donc prévu des plafonds à la prise en charge de la CADES à la fois pour 2004, 2005 et 2006. Nous serons amenés à fixer plus précisément les montants et les délais de ces transferts dès qu'ils seront contenus mais pour l'instant il n'est pas possible de donner des éléments objectifs, chiffrés, pour aller au-delà de ce que nous pouvons faire. En revanche, nous souhaiterions avoir une discussion au Parlement et donc au Sénat pour

décider si nous optons pour un décret ou un PLFSS sur cette question. Rappelons néanmoins que la notion de décret n'enlève pas la concertation avec les différents acteurs. Elle permet peut-être de nous adapter plus facilement mais il est tout à fait possible de réfléchir à l'hypothèse du PLFSS, les choses étant effectivement très ouvertes sur cette question.

Le président Chabroux a posé un certain nombre de questions concernant les hypothèses catastrophes qui auraient été émises par le Gouvernement. Je voudrais simplement vous dire, président, qu'en la matière, le Gouvernement n'a rien inventé. Nous avons repris exactement comme base de travail le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ce Haut conseil, qui regroupe l'ensemble des acteurs du système de santé, toutes origines confondues et toutes sensibilités politiques confondues, a fait en quelques mois un travail remarquable à la fois de diagnostic mais aussi pour élaborer un certain nombre de pistes. Je souhaiterais rappeler que, concernant ce diagnostic, les hypothèses dont nous parlons aujourd'hui sont même en deçà des estimations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Le Haut conseil a indiqué qu'en 2020, en l'absence de réforme structurelle ambitieuse, nous n'aurions que deux choix clairs : soit accepter que les dépenses de santé ne soient plus remboursées à 76 % par l'assurance maladie comme c'est le cas aujourd'hui, mais seulement à 51 % (ce serait une forme de privatisation rampante dont nous ne voulons pas et c'est pour cela que nous prenons nos responsabilités) ; soit maintenir le niveau de prise en charge par l'assurance maladie mais dans ces conditions, nous serions amenés à doubler la CSG d'ici à 2020. Doubler la CSG maladie, cela revient à amputer d'autant le pouvoir d'achat des Français. Nous avons également, comme le Haut conseil le préconisait, refusé cette deuxième voie. Il existait également une troisième solution, inscrite en filigrane, qui consistait à essayer de ne prendre aucune décision mais cela revenait à se résoudre à laisser dériver le système pour arriver à une médecine à deux vitesses, dont nous ne voulons pas non plus.

Vous accusiez ce plan d'être déséquilibré. Là encore, relisons ensemble le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Le Haut conseil explique que dans un déficit, il y a une partie structurelle et une partie conjoncturelle, cette dernière répondant aux deux tiers aux questions posées. Que faisons-nous ? Nous avons un plan de modernisation de l'assurance maladie qui repose pour les deux tiers sur l'organisation du système de soins et pour un tiers seulement sur une approche conjoncturelle liée aux dépenses. Nous sommes exactement dans la droite ligne des recommandations ou des préconisations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont je ne rappellerai pas la composition.

La remarque formulée par Dominique Leclerc sur le conditionnement des médicaments, qui a été faite également par nombre de nos concitoyens, est une remarque de bon sens. Tous ont le sentiment que le conditionnement des médicaments n'est pas adapté aux besoins en matière de pathologie. Nous avons pris en compte cette remarque de bon sens. Il est possible de faire des économies importantes dans ce domaine. Dans le plan qui a été réfléchi et pensé avec les industriels pharmaceutiques, nous comptons d'ores et déjà réaliser 180 millions d'euros d'économies avec des prescriptions plus adaptées, de plus gros conditionnements pour certaines affections, de plus petits pour d'autres, afin d'aller vers une logique de sur mesure. Il est vrai que les boîtes de 28 jours sont liées à la question de la prescription par semaine. C'est très courant dans les pays anglo-saxons, mais nous avons le sentiment que, sans aller vers une démarche à l'unité comme cela se pratique aux Etats-Unis ou en Angleterre, ce qui n'est pas dans les mœurs françaises, ces meilleurs conditionnements sont une première voie. Ils nous permettent également de nous garder des excès de l'automédication. Je le disais tout à l'heure, trois quarts des boîtes entamées ne sont pas terminés. Cela peut poser un certain nombre

de problèmes lorsqu'on pense avoir la même pathologie que lors de la prescription de médicaments et qu'on se soigne soi-même. Philippe Douste-Blazy parlait tout à l'heure des hospitalisations dues aux médicaments. Avec des conditionnements plus adaptés, nous sommes là encore dans une logique de meilleure prévention.

Je voudrais dire au président Fischer que nous aurons à cœur, peut-être cet après-midi mais aussi dans le débat parlementaire, d'apaiser un certain nombre de ses craintes. Je voudrais également le remercier de nous permettre de remettre les pendules à l'heure. Vous avez parlé de privatisation. Merci de nous permettre de préciser qu'en aucune façon, il ne s'agit des prémisses de la moindre privatisation. C'est la première fois qu'un plan de la sécurité sociale ne prévoit aucun transfert entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires. A chaque fois, les plans prévoient soit des remboursements soit des prélèvements massifs. Nous avons refusé ces deux voies de la facilité. En aucune façon, nous n'avons modifié la frontière entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. C'est une constante et j'aurai à cœur de vous le démontrer.

De la même façon, nous n'avons abordé à aucun moment la question des recettes avec un quelconque tabou, une quelconque idéologie. Nous avons considéré que les efforts devaient concerner tout le monde ou personne. Ils concerneront donc tout le monde, de façon équitable et mesurée. Le sénateur Fortassin a parlé tout à l'heure de l'industrie pharmaceutique. J'ai moi-même abordé le sujet d'une charte qualité qui serait mise en place avec les industriels pharmaceutiques ainsi qu'avec les professionnels de santé, avec le Comité économique des produits de santé. Nous avons effectivement le sentiment que nous pouvons faire mieux encore, notamment pour améliorer la qualité de l'information sur les médicaments. C'est un point qui nous semble important.

Le sénateur Cazeau parlait tout à l'heure des dépenses inutiles. Je voudrais juste citer un autre chiffre : 15 % aujourd'hui des examens pratiqués dans ce pays sont réalisés en double. Est-on mieux soigné pour autant ? Non. Pourrait-on réaliser moins d'examens en double ? Bien évidemment ! Ce chiffre nous permet également d'illustrer que la maîtrise médicalisée est pour nous non seulement un objectif mais aussi la meilleure voie. Nous pensons que, si nous le voulons les uns et les autres, nous pouvons dépenser mieux pour soigner mieux. C'est bel et bien cela l'enjeu de cette réforme de modernisation de l'assurance maladie. Je vous remercie monsieur le président.

M. Nicolas ABOUT, président – Merci, messieurs les ministres. Vous avez consacré plus de deux heures, deux heures et quart exactement, à notre commission. Certains diront que c'est convenable, d'autres diront qu'ils se sentent un peu frustrés. Je crois qu'au nom de tous, il m'appartient de vous remercier et de vous dire que la commission a apprécié votre prestation. Merci à tous.

II. COMPTE RENDU INTÉGRAL DES AUDITIONS DES MERCREDIS 7 ET 28 AVRIL, 5, 12 ET 19 MAI 2004

Audition de M. Bertrand FRAGONARD, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (mercredi 7 avril 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Mes chers collègues, nous avons le plaisir d'accueillir aujourd'hui Bertrand Fragonard, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont l'audition était attendue par nombre de nos collègues.

C'est la raison pour laquelle j'ai convié aussi à notre réunion les sénateurs membres d'autres commissions qui souhaiteraient vous entendre, monsieur le président.

Monsieur le président, si vous en êtes d'accord, vous allez nous présenter les conclusions du rapport du Haut conseil avant de répondre aux questions du rapporteur et des commissaires.

M. Bertrand FRAGONARD - Je vais essayer de présenter les travaux autour de quatre idées principales.

La première, qui a joué un rôle incontestable dans le consensus qui s'est fait au Haut conseil, est que les principes fondamentaux du système d'assurance maladie sont bons.

Deuxième idée : ce système ne fonctionne pas - et de loin - à l'optimum.

Troisième idée : si on veut pouvoir sauvegarder les principes fondamentaux écrits dans une période un peu difficile, et compte tenu de la croissance des dépenses de santé qui s'annonce, il faut remettre de l'ordre à tous égards dans la maison.

Quatrième idée : une des réformes qui semble nécessaire est d'améliorer la gouvernance du système.

Premier constat, qui a joué un rôle majeur, notamment pour les syndicats de salariés, mais le consensus a bien entendu débordé très au-delà : les principes de prise en charge par la sécurité sociale sont bons. Je dirai même qu'on a fait une description assez élogieuse de ce système.

Pourquoi ? Parce qu'au fond, s'agissant de la santé, qui est vécue comme un bien supérieur par tout le monde, notre système offre des caractéristiques remarquables.

1 - a) Première caractéristique – qui n'est pas aussi généralisée qu'on le pense, même dans les pays riches : notre système repose sur un principe d'universalité. La seule zone un peu conflictuelle qui reste dans ce système, c'est l'aide médicale d'État, dont je ne parlerai pas puisqu'elle n'est pas dans le système d'assurance maladie au sens juridique du terme.

b) Deuxième élément : nous avons une logique qui nous éloigne radicalement de la logique de l'assurance. Bien entendu, dans tout système, il y a une mutualisation, mais la

caractéristique de notre système est qu'il tourne le dos à ce qui serait une tarification par une société d'assurance.

Nous prenons en charge sans tenir compte de l'âge ; or, l'âge est très lié à la consommation. Nous ne tenons pas compte du nombre de personnes abritées dans le foyer de l'assuré. Nous ne tenons pas compte de l'état de santé de l'intéressé, ce qui est un élément radical, et nous ne faisons pas varier le taux de prise en charge avec le revenu.

C'est donc un système qui, quelque part, exprime l'idée que, face à une dépense de soins, nous assurons quels que soient les heurs et malheurs de l'intéressé.

C'est un phénomène fondamental, surtout si l'on regarde ce que pourrait être le développement de la médecine prédictive. Si un jour on sait quels risques sont portés par un intéressé, il est évident que les compagnies d'assurance auront tendance à le rejeter. La sécurité sociale ne s'interroge même pas ; elle l'accepte, dès lors qu'il fait partie de la communauté nationale.

c) Inversement, pour financer ce grand système de solidarité, pour des raisons complexes, historiques pour l'essentiel, nous avons réussi à trouver un relatif consensus sur l'idée que l'essentiel du financement reposerait sur la richesse produite par chacun des salariés ; la cotisation est donc proportionnelle au revenu.

Une compagnie fera l'inverse : bien entendu, elle ne tiendra pas compte du revenu des intéressés et aura tendance à prendre en compte le nombre de personnes protégées, l'âge et l'état de santé.

A ce titre, nous avons marqué de façon très unanime qu'il y avait là quelque chose de radicalement original, fondamentalement positif.

d) Bien entendu, ce dispositif n'a de sens que parce que le taux de prise en charge est significatif. En fait, il prend en charge à des niveaux extrêmement élevés.

Contrairement à ce qui est dit, la sécurité sociale n'a pas tendance à se désengager. On rembourse toujours mieux. Le taux de prise en charge par le régime de base augmente tendanciellement. Les gens ne s'en rendent pas compte parce que leur expérience courante repose au fond sur l'ambulatoire courant. C'est sur ce segment que les gens ont le sentiment que les remboursements ont été écornés. Les gens savent par ailleurs que les prothèses dentaires et optiques ne sont pas bien remboursées.

En fait, la sécurité sociale n'arrête pas de se réengager, tout simplement parce que les soins qui vont le plus vite sont les soins exonérés du ticket modérateur, qui tirent le taux de remboursement global.

Dans la sphère de la dépense jugée légitime, c'est-à-dire le panier de biens, la sécurité sociale fait nettement plus de 80 % et ce taux a tendance à augmenter.

On a donc un système qui, dans ses grandes armatures, assure l'égalité d'accès aux soins.

Ajoutez à cela le fait qu'il y a des couvertures complémentaires largement aidées par les fonds publics lorsqu'il s'agit d'accords collectifs en entreprise.

On est dans la situation qui a été recherchée. Historiquement, tous les gouvernements ont concouru à rendre la sécurité sociale universelle. La loi sur l'assurance maladie universelle n'a fait que parachever une évolution de quarante ans et, dans l'ensemble, les gouvernements ont tenu à garder un très haut taux de prise en charge, tellement haut d'ailleurs qu'on peut s'interroger sur la pertinence de vouloir garder un taux de prise en charge aussi élevé.

Cela fait partie de notre acquis, dans un système où nous avons réussi à avoir une organisation des soins adossée à ce système de solvabilisation de bonne qualité, avec une médecine libérale à laquelle les Français croient, une armature hospitalière certes trop coûteuse à certains endroits, imparfaitement gérée, mais globalement de très bonne qualité.

Il ne faut donc pas avoir l'esprit chagrin. Nous avons un bon système de sécurité sociale. Il a d'ailleurs supporté une croissance très forte. Sur les quarante dernières années, la dépense de soins a crû chaque année de 2 à 2,5 points de plus que le PIB. Nous pensons, au sein du Haut conseil, comme tout le monde, que cette tendance va continuer. Elle pourra peut-être s'infléchir mais les éléments objectifs dont nous disposons nous amènent à penser que la dépense de soins va continuer à croître.

2 - On doit donc être en mesure d'assurer cette croissance, c'est-à-dire ne pas toucher aux principes fondamentaux, assurer l'ambition majeure de la sécurité sociale, suivre le progrès médical et accepter l'évolution des sciences et techniques, en admettant dans les biens remboursés tout ce que nous savons faire de mieux pour le soin des gens et en gardant le principe selon lequel tout le monde a accès à un système de droit commun, sans bouleverser le budget des ménages. Il faut donc être en mesure de répondre à ce défi.

Deuxième constat : il serait souhaitable qu'un système aussi ambitieux, aussi précieux, fonctionne bien. Nous avons dit de façon très nette qu'on était loin de l'optimum en termes de qualité - il y a des endroits où l'on est plus ou moins bien soigné, plus ou moins bien pris en charge, on déplore des excès, des gâchis - et de coût.

Nous n'avons pas voulu chiffrer ce que représente cette désoptimisation. C'est extrêmement difficile. Nous y aurions passé des semaines. Or, nous avions deux moi et demi pour boucler l'exercice, mais le consensus a été réel pour dire qu'on doit dégager des marges, à la fois pour la qualité et pour l'économie. Cela permettrait de pouvoir financer la croissance.

Je rappelle qu'aujourd'hui, si nous voulons garder le taux de remboursement actuel et si on est à peu près dans une zone moyenne, il faut trouver chaque année entre 2,5 milliards et 3 milliards d'euros de plus.

Il est donc absolument anormal, devant ce défi, qu'on ne sache pas gérer mieux le système.

Il y a eu des débats assez techniques sur ce qui fait que le système ne fonctionne pas à l'optimum, ni à l'hôpital, ni en ambulatoire. Le constat est bien là et on a été unanime pour dire que, puisqu'on voulait garder ce système dans la durée, il fallait l'améliorer. Il n'est pas normal qu'on demande aux gens de faire des efforts financiers pour porter cette croissance si, au demeurant, on ne leur garantit pas un bon rapport qualité/prix !

Nous sommes quelque part un assureur : un assureur doit rendre compte des cotisations qu'il prélève et doit dire garantir le résultat pour lequel on a payé. Aujourd'hui, sans être négatifs, nous ne pouvons garantir un excellent rapport qualité/prix. Il est bon, mais il n'est pas parfait, et il est trop coûteux.

3 - Or, il se trouve qu'accepter cette facilité est de plus en plus difficile tellement les contraintes financières sont élevées. Je ne parle pas de la situation du moment, toujours plus ou moins liée à la conjoncture. Ce que je constate, c'est que nous avons accumulé de la dette. Pendant longtemps, la sécurité sociale n'avait pas le droit d'être en déficit et n'était d'ailleurs pas en déficit ; elle équilibrait son budget.

C'est pour cela qu'on parle de façon très négative du « trou de la sécu » alors que, pour un agent aussi noble que l'État, on ne parle pas du « trou de l'État » mais du déficit, plus noble et beaucoup plus important que le « trou de la sécu ».

Mais la sécurité sociale vivait dans une discipline. Cela fait quelques années que, devant les difficultés à lever les recettes, la croissance, etc., nous avons accumulé un peu de dettes. Cela file vite, la dette ! Et puis, nous avons 10 à 12 milliards d'euros de déficit courant. Nous vivons un bon mois à crédit ; chaque minute, c'est 20.000 euros de déficit.

On ne peut donc pas garder une situation financière aussi dégradée. Pour boucler les comptes, il faut bien évidemment ajuster les recettes et les dépenses. Le consensus a été difficile à trouver. Très légitimement, le MEDEF vivait très mal l'idée qu'on doive encore lever des recettes alors que le système n'est pas à l'optimum et, très légitimement, les représentants des salariés affichaient qu'ils n'aimeraient pas voir diminuer le taux de prise en charge.

Le malheur, c'est que nous sommes avec 10 milliards d'euros de déficit bon poids, qui croît de 3 milliards d'euros chaque année et 40 milliards de dettes.

Le consensus s'est fait pour dire qu'il faudrait vraisemblablement remettre de l'ordre, ajuster les recettes et ajuster le taux de remboursement.

Sur les recettes, le débat a été assez vif, d'abord parce que le MEDEF feignait de penser qu'on puisse durablement tenir le système sans apporter de recettes, mais l'équation ne permet pas de souscrire à ce principe sans vouloir trop durcir les contraintes de notre système de sécurité sociale.

On a donc accepté, sur un mode consensuel, de dire qu'il faudrait au fur et à mesure qu'on nettoie le système, apporter si possible des recettes supplémentaires, sans toutefois rechercher un consensus sur la nature de la recette. Nous nous sommes juste bornés à constater que, jusqu'à présent, la CSG avait semblé plutôt un bon outil, avec une assiette large, proportionnelle. Elle est entrée dans notre paysage historique mais de nombreux partenaires - CGT, MEDEF, etc. - ont fait valoir qu'il faudrait peut-être réfléchir à d'autres systèmes d'assiette.

Quant au tarif de remboursement, le débat a été vif. Je rappelle que notre système est basé sur un très bon taux de remboursement, universel, qui ne tient pas compte du revenu. La première des questions, qui a été tranchée immédiatement, était de savoir s'il fallait tenir compte des revenus dans le taux de remboursement. Nous avons répondu non. La Confédération française de l'encadrement, soucieuse que ce ne soit pas simplement oral, a fait écrire de façon très précise qu'il n'en était pas question.

Nous sommes en effet dans un système de solidarité générale et il serait paradoxal d'expliquer à des gens qui cotisent proportionnellement à leurs revenus qu'ils sont trop riches pour qu'on les rembourse, même lorsqu'ils seront gravement malades. On peut peut-être demander un petit effort sur l'ambulatoire, mais mettre l'ALD sous conditions de ressources, comme cela a été proposé par certains, a été considéré par le Conseil comme totalement incroyable et en rupture avec notre acquis historique.

Deuxième question : doit-on absolument garder le taux actuel de prise en charge ? Notre cheminement a été de dire que l'on pouvait vraisemblablement l'ajuster. Dans l'esprit des rédacteurs et des lecteurs, ajuster, c'est ajuster à la baisse. Juridiquement, on pourrait très bien choisir de faire comme l'Alsace-Moselle, dont le régime de base bénéficie d'un taux de remboursement supérieur.

Le Conseil n'a pas du tout pris ce tournant, d'abord parce que tout le monde voit bien qu'il y a des contraintes de prélèvements obligatoires. On peut les regretter, mais elles sont là.

En second lieu, à chaque fois que l'on met un euro de prélèvements obligatoires sur l'assurance maladie, c'est un euro qu'on n'a pas ailleurs. Je rappelle que, pendant longtemps, l'assurance maladie a largement vécu en prélevant les excédents de la branche

famille ! Si l'on peut parler de continuité historique d'un gouvernement à un autre, c'est bien sur ce sujet !

Dire qu'il faut tout rembourser à tout le monde parce que c'est l'assurance maladie et accepter qu'un ménage modeste ait un taux d'effort pour se loger après APL de 16 % de son revenu est peut-être discutable. Il faut, au bout d'un moment, faire état de ces chiffres ! C'est très bien de rêver à la gratuité pour tous, mais il faut pouvoir l'assumer. Lorsque la fonction croît à 2-3 % par an, c'est lourd et cela écrase tous les prélèvements obligatoires !

Au fond, on voit bien que ce qui compte, que nous avons défini comme étant un fondamental, c'est que lorsque quelque chose menace l'équilibre budgétaire, tout le monde doit être épargné. Mais après tout, très franchement, qu'on consacre quelques dizaines d'euros de plus, vu du côté des ménages, ne touche pas à la solidarité nationale.

Cela a été assez difficile à faire admettre car, bien entendu, c'est une question de dosage. Si on va trop loin, on risque de toucher à la solidarité. Qu'est-ce donc qu'un bon ajustement ? Nous avons dit, après avoir décrit le système, que « *tout ajustement des taux de remboursement qui, premièrement, n'épargnerait pas les ménages qui exposent les dépenses les plus élevées et qui, deuxièmement, ne serait pas accompagné de mesures correctrices, destinées notamment à ceux qui ont les revenus les plus modestes, méconnaîtrait les principes de la solidarité nationale* ».

Cela veut dire que tout ajustement qui respecte ces deux impératifs est possible. C'est ma conviction absolue. Comment ? Jusqu'où ? Avec quelles mesures correctrices ? C'est tout l'art de gouverner !

Les gens demandent ce qui serait de la nature de l'ajustement et ce qui ne le serait pas. Lorsque vous êtes à l'hôpital et que vous avez un acte supérieur à K 50, qui coûte environ 100 euros, vous ne payez plus de ticket modérateur. A l'hôpital, le ticket modérateur est plafonné à 19 euros. Je considère que passer K 50 à K 60 ou à K 70 ne toucherait pas à la solidarité nationale. Des exemples comme cela, nous en avons tous les uns et les autres.

Les ajustements sont possibles et ma conviction est que nous aurons besoin, si nous voulons assumer le progrès technique et garder les principes fondamentaux, de toutes les marges, qu'il s'agisse des recettes ou des dépenses. C'est bien sûr plus facile à écrire qu'à faire.

Si l'on choisit de porter l'assurance maladie, sur le long terme, avec ses valeurs, on doit faire le ménage et réaliser les ajustements de prise en charge. Il faut aussi améliorer le gouvernement du système.

Le Haut conseil a dit que ce n'était pas clair, que la loi de financement de la sécurité sociale, qui était pourtant un concept intéressant, a été pervertie, que la délégation de pouvoirs consentie aux organismes ex-paritaires n'avait jamais fonctionné. L'État interfère de façon trop constante à certains moments, pas assez à d'autres. On est dans la situation où tout le monde revendique des responsabilités, même ceux qui ne sont pas au conseil d'administration de la CNAM, mais personne n'a en fait à la fois le pouvoir juridiquement constitué, les moyens et l'obligation de résultat.

Quand on travaille sur 10 % de la richesse nationale, il ne suffit pas de demander du pouvoir : il faut accepter l'obligation de résultat ! Or, il n'y en a pas. On a dit que la loi de financement de la sécurité sociale était une loi sans grande signification. Les parlementaires présents ont apprécié l'idée qu'on votait un chiffre dont on savait très bien qu'il était irréaliste, qu'il ne serait pas tenu et qu'aucun mécanisme de redressement ne convergerait.

M. Nicolas ABOUT, président - Certains même étaient déjà transgressés - je l'ai signalé - avant de les soumettre au vote.

M. Bertrand FRAGONARD - Un système dans lequel on fait 10 % de la richesse nationale, avec 60 millions d'assurés, 2 millions d'actifs, et qui n'est pas géré de façon claire est un mauvais système.

C'est pour cela que le thème de la gouvernance apparaît aussi prégnant dans la réforme de l'assurance maladie.

Cela n'a rien à voir avec le régime des retraites. Réformer les retraites, c'est facile. Je ne dis pas que cela n'a pas été conflictuel, mais c'est facile. Une fois que vous avez décidé, vous mettez les paramètres dans un ordinateur, cela sort les liquidations et le débat est clos. Chacun juge, conteste, mais on liquide les retraites sur la base des décisions réglementaires et législatives.

Pour l'assurance maladie, ce n'est pas du tout pareil : on ne peut avoir qu'un cadre général ; après, cela relève de l'art de gouverner. Les deux millions d'actifs et leurs représentants ont des intérêts à faire valoir. Ces intérêts ne sont pas convergents, ni toujours cohérents avec le souci de rigueur.

Réformer, c'est l'art de faire dans la continuité. Certaines choses peuvent être décidées en juillet, mais la réforme intervient tous les jours, car tous les jours, le ministre, les partenaires sociaux, les partenaires médicaux signent des accords, font bouger les choses, essaient de faire évoluer leurs propres intérêts. Il faut donc être en mesure de traiter de façon cohérente l'ensemble des problèmes qui sont considérables, du fait des intérêts en jeu.

Notre constat a été sévère à cet égard : malgré les ordonnances de 1967, malgré celles de 1996, malgré la loi de 2002, on n'y arrive pas et les partenaires extérieurs jouent de façon admirable de l'absence de pilotage ! Ils ont parfaitement compris comment slalomer. Ils détiennent d'ailleurs largement l'information et sont souvent les mieux armés pour la discussion technique. A un certain moment, l'État se trouve donc piégé dans un conflit qu'il ne maîtrise pas, incapable d'affirmer telle ou telle évolution.

Deux remarques pour terminer : nous nous sommes sentis à court d'informations sur l'hôpital public. Cela a été pour le Haut conseil une source de frustration et d'irritation mais, sans certitudes quant aux éléments chiffrés, à la dispersion des coûts et aux raisons qui les expliquent, il est très difficile de parler de façon péremptoire.

C'est pourquoi nous avons dit que nous le mettrions dans l'ordre du jour de nos travaux. Nous avons commencé et ce sera certainement l'un de nos plus lourds chantiers.

Nous avons considéré que TAA était un bon instrument s'il était porté par une volonté politique et une vraie technique de direction des hôpitaux mais vouloir, à travers TAA, résorber des écarts de coûts dont on ne sait pas à combien ils s'élèvent, ni à quoi ils sont liés, posera vraisemblablement des problèmes de cheminement de la réforme considérables.

Deuxième thème que nous n'avons pas abordé alors que, pour beaucoup, ce pouvait être un élément de réflexion : la régionalisation de l'assurance maladie. Pourquoi ? Tout d'abord, nous avons deux mois et demi pour boucler le sujet. C'est un chantier considérable. Je n'ai vu nulle part un partenaire politique ou social porter un vrai projet de régionalisation. Ce serait un changement radical, certainement envisageable, mais nous n'étions pas prêts.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci.

La parole est au rapporteur.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Merci.

Monsieur le président, comment percevez-vous l'articulation de tous les textes qui ont été votés ?

M. Bertrand FRAGONARD - J'ai déjà répondu concernant les lois de financement.

Certaines mesures qui y sont liées sont quelquefois positives et intéressantes, mais l'ambition globale - le vote d'enveloppes par le Parlement, qui contient la dépense dans ses limites, les processus d'ajustement - cette ambition globale qui était une des innovations fortes des ordonnances de 1996 n'a pas fonctionné. Aucun gouvernement n'a su faire fonctionner cette mécanique. Cela renvoie au fait que, lorsqu'on ne sait pas quel mécanisme est en œuvre, le chiffre qu'on met est une espèce d'artefact. Personne ne se considère lié par ce chiffre.

En outre, on choisit des chiffres trop bas par rapport à la réalité. On sait tenir une enveloppe fermée : il n'y a qu'à geler les tarifs, voire les baisser, baisser la marge des pharmaciens ou le taux de remboursement.

Il me semble que le gouvernement précédent avait dit qu'il faudrait peut-être réfléchir à de nouvelles lois de financement de la sécurité sociale rectificatives.

M. Nicolas ABOUT, président - On l'a toujours présenté comme un objectif.

M. Bertrand FRAGONARD - Dans les ordonnances, ce n'était pas un objectif. S'agissant de l'ambulatoire, il existait des mécanismes de reversement. S'agissant de l'hospitalisation, l'État a seul la tarification. On avait potentiellement les moyens juridiques de tenir les enveloppes ; si on n'y arrive pas, à la limite, on peut baisser les valeurs-clés qui sont les paramètres du système.

Cela a volé en éclats pour des raisons politiques, techniques, etc. Les reversements ont sauté. A l'hôpital, cela tient, mais on voit bien qu'à certains endroits, il y a des manques parce qu'on n'a pas d'instruments de tarification. On ne peut dire qu'aucun effort n'a été fait, mais il n'y a pas eu d'effort suffisant. Très vite, le sentiment que l'on pouvait y aller s'est installé ; c'est un sentiment qui se répand très vite chez tous les professionnels. Dès lors, cela flambe. Le bilan n'est pas, à ce titre, positif.

Les autres lois ont des conséquences, mais indirectes. La loi sur la santé publique est fondamentale. Une bonne politique de santé publique est évidemment pertinente. Je considère que le thème de la santé au travail est un thème sur lequel nous sommes très en retard dans la réflexion.

De même, tout ce que l'on dit sur la prévention, qu'il s'agisse des grands appareils sur la PMI, la santé scolaire, la médecine, mériterait d'être activé.

L'assurance maladie réagit à d'autres évolutions, dont certaines sont législatives. Tout ce qu'il faut souhaiter, c'est que la cohérence soit plus ferme que par le passé.

M. Nicolas ABOUT, président - Souhaitez-vous vous exprimer sur les mesures alternatives concernant l'hôpital ou est-ce trop tôt ?

M. Bertrand FRAGONARD - C'est beaucoup trop tôt ! Nous avons dit que TAA était potentiellement un bon instrument. Pourquoi ? C'est le principe suivant lequel on dote de façon progressive les hôpitaux en fonction de leur activité. Cela signifie que, pour les hôpitaux qui manquent de moyens parce que leur activité s'est développée, et qui étaient contenus dans leurs enveloppes, on va devoir desserrer les contraintes. A l'inverse, ceux qui sont - et ils sont nombreux - très au-dessus de la dotation cohérente avec leur activité doivent se restreindre.

En soi, un instrument de tarification qui part de la réalité de l'activité est une bonne chose. D'ailleurs, je crois qu'il n'y a pas eu beaucoup de discussions sur le principe.

Il y a le souci de ne pas aller à marche trop forcée d'un côté et le souci d'aller un peu plus vite de l'autre. Tout l'échelonnement de la réforme est évidemment un problème central, qui suppose beaucoup de finesse dans l'approche et dans la tactique.

Le Haut conseil a également dit que cela ne marcherait pas si l'on ne réformait pas la gestion hospitalière. Il n'y a pas assez de gens, à l'hôpital, qui ont pour obsession d'améliorer la productivité.

Ce sont des mots qui, au départ, heurtent ; mais, au bout d'un temps, les syndicats ont accepté qu'on écrive qu'il n'y avait effectivement, aujourd'hui, ni connaissance suffisante de l'économie de l'hôpital, ni capacité, à l'intérieur de l'hôpital, de le faire bouger.

Quand on fait bouger, cela dégage des marges. On peut discuter. Peut-on par exemple en redéployer une partie ? Croire que la tarification a un mérite autonome radical est une erreur. La tarification est un outil s'il y a quelqu'un pour faire marcher le système. Or, on s'engage dans cette affaire avec encore beaucoup de malentendus ! Il n'est pas normal, qu'on puisse, de part et d'autre, échanger les chiffres sans que personne ne sache exactement ce qu'ils veulent dire.

On dit par exemple que le public coûte 60 % plus cher que le privé. On ergote, on discute, mais les chiffres sont sur la table. On ne sait pas ce qu'ils veulent dire. Si on tarifie à partir de ces sources, on va droit dans le mur.

Un chiffre nous a frappés : pour 10 % de la richesse nationale, l'investissement en termes de recherches, d'acquisition de connaissance, de statistiques, d'études économétriques, est dérisoire. C'est absurde !

S'agissant des indemnités journalières, pour prendre un autre sujet, on est aujourd'hui incapable de savoir combien de salariés sont remboursés dès le premier jour de leur arrêt, parce qu'il n'y a pas de statistiques sur les complémentaires ! Cela n'aide pas à la direction, ni à ce que les syndicats et le personnel adhèrent à une démarche.

Je crois à la pédagogie des chiffres. D'ailleurs, grâce aux chiffres, on ne peut plus dire que la sécurité sociale se désengage ou que les Français soient mal remboursés. A l'hôpital, où il y a des intérêts humains extrêmement importants, en dehors de l'intérêt des malades, on ne fera pas bouger les organisations syndicales, etc., s'il y a le sentiment que les chiffres sont manipulés ou ne sont pas appropriés de façon démocratique.

Sur l'hôpital, il y a un vrai problème. C'est la moitié de la dépense et il est paradoxal qu'on soit si mal armé pour piloter une réforme aussi difficile sur le plan social.

M. Nicolas ABOUT, président - Avez-vous eu le sentiment qu'il y avait des réticences de la part des partenaires sociaux sur la partie hospitalière ?

M. Bertrand FRAGONARD - J'en ai beaucoup discuté avec la CGT. Je me mets à leur place : ils vivent très mal le fait qu'on leur dise que l'hôpital public coûte plus cher, puisqu'ils entendent leur base leur dire qu'elle manque de moyens ! On fait le grand écart ! A droite, on dit que cela coûte trop cher et on a tendance à serrer et, à gauche, on dit qu'on manque de moyens. Il ne peut y avoir de consensus.

Il faut creuser, analyser. C'est l'intérêt de tout le monde. La probabilité qui serait la pire ne serait pas qu'on augmente les recettes ou qu'on baisse trop les remboursements, mais qu'on ne suive pas le progrès médical et qu'on laisse se dégrader l'outil.

Il serait fou de ne pas assumer le progrès médical, les nouvelles molécules, améliorer l'hôpital sous le prétexte qu'il n'y a pas d'argent. C'est ce qu'il y a de pire. Ce système n'a comme seule légitimité que de bien soigner. Si c'est le cas, il faut y aller ! Quand on dit aux syndicats qu'il y a de la productivité à faire dans les hôpitaux, ils commencent par dire non puis, en privé, ils disent oui.

Quand on discute avec la droite, le MEDEF est abasourdi d'entendre que pour un agrégat de 50 milliards d'euros, on ne sait pas très bien comment se forment les coûts ! Un chef d'entreprise, lui, connaît sa marge à un demi-point ! A l'hôpital, on voit bien qu'il y a des endroits où on manque de personnel et d'autres où il y en a trop. Pourquoi ne pas faire de transferts ? On évoque alors le tableau des emplois, la gestion, les commissions. En fait, il n'y a pas de gouvernance à l'hôpital !

M. Nicolas ABOUT, président - Doit-on considérer qu'il est nécessaire de procéder à une réforme de l'assurance maladie ou plutôt à une réforme du système de soins ?

M. Bertrand FRAGONARD - Il faut faire une réforme du système de soins et, dans la mesure du possible, les règles de l'assurance maladie doivent y contribuer.

L'installation des médecins, la diffusion des référentiels de bonne pratique, l'accréditation, la formation médicale continue peuvent être gérées en interne, de manière conventionnelle, avec l'assurance maladie.

Par contre, il y a des moments où les règles peuvent avoir une influence. L'exemple typique, qui surprend toujours les étrangers, c'est le déclassement des remboursements par le régime de base, si le service est insuffisant. Le malheur, c'est que les complémentaires font exactement l'inverse, pour des raisons complexes, de stratégie commerciale, etc. !

Nous considérons qu'il n'y a pas de raisons de rembourser à un taux élevé un acte qui n'est pas inscrit dans un processus de qualité. Il est évident que ce n'est pas l'assurance maladie qui va accréditer les médecins ou dire ce que doit être un référentiel. Par contre, l'assurance maladie est légitime à dire qu'elle ne prend en charge que si la discipline élaborée ailleurs, essentiellement avec les professionnels et sous l'autorité de l'État, est respectée.

M. Nicolas ABOUT, président - Sur l'articulation entre régime de base et régime complémentaire ?

M. Bertrand FRAGONARD - Actuellement, le régime de base pèse 6 ou 7 fois le complémentaire. C'est très inégal. A l'hôpital, il ne pèse pratiquement pas ; sur le dentaire, il est très majoritaire ; sur les indemnités journalières maladie, il faut 35-40 % et sur l'ambulatoire courant, 25-30 %.

On constate que le complémentaire se développe beaucoup plus lentement qu'on ne le dit. Sur trente ans, la part des complémentaires n'a augmenté que de deux points par rapport à la dépense. Cela fait beaucoup parce que le dénominateur a flambé, mais, en part relative, le complémentaire reste petit.

Ma conviction est qu'on ne peut ni ne doit basculer beaucoup de la base vers le complémentaire, pour une bonne raison : si vous allez trop loin, vous cassez l'égalité d'accès aux soins puisque, par définition, la cotisation complémentaire va monter pour abriter les coûts transférés. Or, le système de solidarité que j'ai indiqué n'existe pas. La personne modeste aura du mal à se payer une complémentaire ; celle qui est âgée et qui sort des systèmes collectifs d'entreprises va se voir facturer une cotisation très chère.

Les gens disent qu'il n'y aura qu'à aider les Français à acquérir une complémentaire : cela devient d'une sophistication impressionnante ! Je ne dis pas que ces

concepts n'ont pas d'intérêt. Il faut les étudier, mais je ne crois pas qu'on puisse bousculer le système.

Devant le Haut conseil, les complémentaires n'ont pas dit qu'elles seraient prêtes à prendre plus. Elles ont souhaité être plus associées à la décision, à la gouvernance du système. Elles savent que tous les cinq-six ans, elles ont un petit ressaut parce que, en ambulatoire, la sécurité sociale prend un peu moins, mais je ne suis pas convaincu qu'elles le souhaitent.

Quant à basculer tout le dentaire vers les complémentaires, je suis sûr que cela poserait plus de problèmes que cela n'en réglerait. On fait remarquer que les Allemands ont externalisé les indemnités journalières à part. C'est concevable mais vouloir faire cette réforme sans l'adhésion des syndicats est ubuesque. Ils auront peur de la main mise du patronat - et je dois dire que l'histoire de la branche AT, à certains égards, leur donne raison.

Si on veut toucher au taux de prise en charge, on n'est pas obligé de faire du dogmatisme. Je ne crois pas, personnellement, à la théorie des grands blocs homogènes. On peut tout simplement dire aux gens qu'ils paieront un peu plus et vous vous mutualiserez, quitte à ce que, pour les plus modestes, on desserre les paramètres de la CMU.

La CMU a été une réforme remarquable, très positive. J'ai déploré, à l'époque, que les socialistes, l'ayant à peine votée, se soient mis à la critiquer en disant que c'était un peu restreint. La CMU n'a pas coûté un centime à l'assurance maladie. Elle a été payée d'une part par l'argent remonté de l'aide médicale et par le fait que Martine Aubry a réussi à convaincre les complémentaires que pour être associées à la gestion, le plus simple était qu'elles payent 1,75 % sur les cotisations.

Elle a un mérite : si, pour des raisons de portage à long terme, on est amené à faire glisser quelques milliards de la base vers les complémentaires, au bout d'un temps, il y a des gens à qui cela va faire mal : ce sont les gens très modestes. C'est pour cela qu'après tout, desserrer les paramètres de la CMU ne serait pas choquant. Par contre, pour aider tout le monde, il faut pouvoir payer l'aide à tout le monde.

M. Alain VASSELLE, rapporteur Avez-vous perçu dans les interventions des partenaires sociaux et des membres du Haut conseil que le fait de donner plus de poids aux recettes dans le financement de l'assurance maladie entraîne une redistribution des pouvoirs entre les différents décideurs ?

En second lieu, quelles sont les pistes de réformes qui pourraient être envisagées en ce qui concerne la loi de financement ?

Enfin, pensez-vous qu'il y a une évolution culturelle de la part des partenaires sociaux pour revenir à l'esprit et à la lettre des ordonnances et repartir sur de nouvelles bases de gouvernance, afin que le Parlement puisse intervenir en aval, lorsque le travail aura été effectué entre les partenaires sociaux et les professionnels de santé ?

M. Bertrand FRAGONARD - Je considère que la nature de la recette n'a pas une importance capitale dans la répartition du pouvoir de gestion.

C'est une thèse qui n'est pas majoritaire - et de loin. Les syndicats continuent à considérer qu'ils sont seuls légitimes à gérer, puisque c'est une cotisation assise sur le salaire patronal qui finance et le MEDEF a clairement dit que, dès lors que c'était de l'assurance universelle fiscalisée, ce n'était plus son affaire.

Ces deux principes étant posés, cela ne fait pas avancer les choses -au contraire. Peu importe la cotisation : la question est de savoir qui est capable de gérer le système : les partenaires sociaux ? L'État ? Aujourd'hui, on est dans un enchevêtrement de responsabilités.

Imaginez qu'on supprime la cotisation patronale, qu'on augmente le salaire et la CSG : cela ne va pas changer grand-chose sur le plan macro-économique, mais cela va modifier radicalement la nature du principe : on serait dans un système d'aléas.

Chaque système essaye de combiner la participation des partenaires sociaux et de l'État. Aucun ne peut éviter cette confrontation. Je ne crois pas que la clarification du financement - à supposer qu'elle intervienne - change réellement les termes du projet.

S'agissant de la loi de financement de la sécurité sociale, le Haut conseil n'a pas dit comment la réformer. D'abord, ce n'est pas son rôle. Ce qui est clair, c'est que si l'on vote un chiffre, il doit être crédible et respecté ; pour qu'il soit crédible, il faut qu'il soit préparé, étayé ; il faut qu'on sache ce que l'on va faire.

Cela renvoie au dernier élément de votre question. Depuis toujours, les ordonnances de 1967 expliquent comment rééquilibrer les comptes de la sécurité sociale : « Il appartient au conseil d'administration de la CNAM d'augmenter si nécessaire les recettes, de diminuer si nécessaire les taux de remboursement ». Aujourd'hui, l'État décide seul et personne ne prend ses responsabilités. Les conseils d'administration exigent toujours plus, mais demandent de ne pas augmenter les recettes afin de ne pas peser sur le pouvoir d'achat.

On est dans un jeu pervers, car ceux qui veulent vraiment s'engager sont les dindons de la farce. Qu'il s'agisse des partenaires sociaux ou de l'État, la facilité est plus commode. Mais quand on a 12 milliards d'euros derrière soi, la facilité pose problème !

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Une remarque en ce qui concerne la loi de financement : il ne faut pas, à mon sens, réduire sa mauvaise image à la branche maladie. N'oublions pas qu'il y a trois autres branches ! On accepte de voter une loi de finances avec un déficit, alors que la loi de financement ne devait pas être votée en déficit. On fixait un objectif de dépenses et de recettes et on jouait simplement sur le déficit de la trésorerie.

Enfin, vous n'avez pas répondu à ma question concernant le périmètre des dépenses entre la sécurité sociale et le budget de l'État.

M. Bertrand FRAGONARD - Je crois qu'il y a quelques ajustements à la marge, mais qui ne sont pas d'importance macro-économique réelle.

Le ton a changé : il y a quinze-vingt ans, dès qu'on parlait financement, il y avait un conflit dur, notamment avec FO, sur les charges indues de la sécurité sociale : l'État pillait la sécurité sociale, ne remboursait pas ce qu'il devait, etc.

La loi de 1994 a beaucoup fait progresser la clarification des comptes. Même lorsqu'il y a eu le conflit avec le gouvernement précédent sur le FOREC, cela n'a pas entraîné de drames, parce qu'on a fait des choses pires. Ce n'est plus un sujet majeur.

Une vraie revendication portait sur les taxes sur le tabac et l'alcool. Nous avons montré qu'on a largement progressé. A l'origine, toutes les taxes sur l'alcool et le tabac allaient au budget de l'État. Le mouvement s'est ouvert. Pour ce qui est du tabac, les choses sont pratiquement faites. Cela ne se voit pas parce qu'une bonne partie va au BAPSA, qui est mal connu des syndicats de salariés. Il y a là un problème de lisibilité.

Quant à l'alcool, le débat n'a pas tellement porté sur la clarification, mais sur le fait de savoir s'il fallait augmenter les taxes. On a laissé le secrétaire du Haut conseil écrire que l'alcool était peu taxé dans ce pays. On n'a pas senti d'enthousiasme pour augmenter les taxes, même chez les gens très ardents à défendre la santé publique. M. Le Guen était le plus ouvert, mais reconnaissait qu'au sein même de son parti, il n'était pas toujours écouté.

M. Nicolas ABOUT, président - La parole est à M. Chabroux.

M. Gilbert CHABROUX - J'ai apprécié à ce sujet le consensus assez large. Je crois que le Sénat commence à faire preuve de sagesse sur le problème de l'alcool, comme sur celui du tabac.

J'ai été frappé, Monsieur le président, par la clarté de votre exposé. Je souhaiterais que l'on puisse y voir clair jusqu'au bout. Il s'agit là de la phase de diagnostic. C'est déjà une avancée considérable que d'avoir pu faire ce diagnostic partagé, comme le Conseil d'orientation des retraites avait fait un diagnostic sur les retraites.

Vous avez fort bien travaillé, mais ce qui nous emporte un peu plus, c'est de savoir ce qui va se passer. Vous dites que ce n'est pas votre rôle, mais tout de même : je voulais savoir ce qu'allait devenir ce Haut conseil. Allez-vous jouer un rôle actif ? Allez-vous pouvoir exercer une influence ? Ce que vous dites va dans le bon sens, mais pourrez-vous aller jusqu'au bout et faire prévaloir ces points de vue ? Je le souhaiterais.

Sur la phase de diagnostic, c'était quand même relativement plus facile, encore que tout ne soit pas aussi simple que ce que vous avez pu dire. Je crois que le système actuel se caractérise aussi par un certain nombre d'inégalités sociales, en termes d'espérance de vie, ou d'inégalités géographiques. Il y a des progrès considérables à faire. Il est vrai que le principe d'universalité est bon, ainsi que les fondamentaux du système, mais il y a tout de même des lacunes et il faudrait mettre à profit le progrès médical pour faire reculer les inégalités.

J'émetts quelques réserves, qui ont d'ailleurs dû être exprimées.

Quelques questions rapides : jusqu'où le consensus va-t-il pouvoir aller ? C'est ce qui m'importe le plus. On nous dit qu'il faudrait un consensus à l'allemande. Peut-on vraiment faire la comparaison ? Les partenaires vont-ils être d'accord pour cheminer ensemble ? Vous avez évoqué un certain nombre de difficultés quant à l'assiette des recettes ou quant à l'ajustement du taux de remboursement. Cela va-t-il vraiment aller ?

On nous parle déjà de certaines dispositions, comme d'un forfait sur les boîtes de médicaments ou sur les actes médicaux. Va-t-on tous être d'accord pour l'accepter ?

Par ailleurs, vous avez évoqué le rôle de la CMU - et j'ai apprécié que vous ayez dit qu'il s'agissait d'une réforme remarquable et très positive. Tout le monde n'a pas dit cela. Il y en a même qui ont voté contre ! Je voudrais savoir ce que pourrait devenir la CMU dans ce nouveau système.

On peut en particulier se poser le problème du seuil. Peut-on amender l'effet de seuil ? On se rend compte que les mesures prises jusqu'à présent - en particulier dans le PLFSS pour 2004 - touchent les personnes les plus modestes : augmentation du forfait hospitalier, déremboursement de médicaments, etc.

Or, si ces personnes n'ont pas de complémentaire, elles se trouvent lourdement pénalisées. Ne pourrait-on revoir le seuil pour que les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'allocation pour adulte handicapé perçoivent la CMU complémentaire ? C'est une demande qui commence à recueillir une adhésion assez large.

M. Nicolas ABOUT, président - C'est la seule critique que nous avons formulée sur la CMU !

M. Gilbert CHABROUX - Absolument. La CMU a été cependant une bonne chose : ne peut-on maintenant améliorer le système ?

M. Guy FISCHER - Monsieur le président, vous attaquez très sévèrement la gestion de la CNAM : gouvernance chaotique, confusion des responsabilités, etc.

Le Haut conseil préconise-t-il un système plus étatisé ou un renouveau du paritarisme ? Se pose le problème des élections, mais c'est un détail.

Concernant le médicament, le rapport dit que l'assurance maladie ne doit rembourser que des biens et services efficaces. Si vous reconnaissez que c'est loin d'être le cas dans le domaine du médicament, pour autant, il ne semble pas que vous estimiez le problème du médicament à sa juste mesure.

Si le SMR d'un médicament est insuffisant ou faible, pourquoi dérembourser plutôt que l'exclure de la pharmacopée ? Le marché pharmaceutique est pourtant le seul où les prix de vente font l'objet de négociations avec les pouvoirs publics.

Enfin, vous avez dit que l'hôpital possédait une armature de très bonne qualité. Aujourd'hui, on est au début d'une réduction drastique des établissements. Dans l'Est lyonnais, si on suit le plan hôpital 2007, il ne resterait plus que trois établissements sur neuf. Pensez-vous que la réforme passe par une telle réduction ?

M. Bernard CAZEAU - Monsieur le président, l'état des lieux était connu, mais vous avez eu le mérite d'en faire la synthèse avec l'ensemble des partenaires sociaux, qui n'y sont pas habitués.

Je me pose un seul problème dans cette affaire. Je laisse l'hôpital de côté, car je pense que la gestion de l'hôpital est à part et qu'il doit y avoir deux types de gestion, l'une concernant les cadres hospitaliers, l'autre la médecine de ville et les médicaments. Comment gérer, donc équilibrer, un système mutualiste, borné dans ses limites, dans un domaine concurrentiel qui, lui, par définition, entre dans un encadrement des dépenses ? Si on ne résout pas ce problème, je ne vois pas comment on peut résoudre les autres !

M. Bertrand FRAGONARD - Tout d'abord, le Haut conseil continue à jouer son rôle. Il produit des analyses dont il espère qu'elles serviront à tout le monde, mais n'est pas partie prenante dans la phase actuelle de concertations, de discussions, de décisions, etc.

Cela avait été clairement entendu quand M. Raffarin a installé le Haut conseil. Il souhaitait que, le moment venu, les mêmes partenaires - ou une bonne partie d'entre eux - puissent s'adosser à un travail commun, chacun retrouvant son autonomie et sa liberté.

Le Haut conseil n'a donc pas actuellement de rôle dans la préparation de la réforme. C'est ce qui fait que lorsqu'un journaliste m'interroge en me demandant ce que je pense, je lui réponds que je ne pense rien ! Il va de soi que si on me demande un propos plus personnel, je le donne mais il n'y a pas besoin de passer par le Haut conseil pour avoir mon avis.

Le Haut conseil n'a donc pas de responsabilité institutionnelle. Faut-il lui en donner ? La composition de ce Haut conseil résulte d'arbitrages faits à l'époque dans un certain contexte. Par exemple, les syndicats hospitaliers avaient beaucoup protesté en disant qu'ils étaient insuffisamment représentés.

Tout ce que l'on peut dire, c'est que si le Gouvernement décide de saisir le Haut conseil pour avis, celui-ci donnera ses avis. Les textes n'ont pas été choisis au hasard : il s'agit d'aider les uns et les autres à travailler, notamment à clarifier le problème de l'hôpital, à y voir plus clair sur le problème des complémentaires mais, institutionnellement, nous ne sommes pas là pour « marquer à la culotte » le Gouvernement ni les partenaires sociaux. Nous sommes par contre à la disposition du Gouvernement ou des partenaires représentés au Haut conseil pour nous emparer de tel ou tel problème.

Le consensus peut-il perdurer ? Je serais tenté de dire oui. Le problème est de savoir comment on y va, qui y va, qui tire le premier. Cela me dépasse complètement.

Dans ce que nous avons écrit, il y a une large partie que l'on peut exploiter. A certains moments, il y aura des divergences d'opinions, mais on peut faire un bout de chemin significatif ensemble. Passé les deux ou trois premières réunions, les gens ont d'ailleurs participé assez librement au Haut conseil. Si on avait fait un *verbatim*, on aurait bien vu la logique des interventions de chacun.

Concernant la CMU, j'ai été stupéfait de voir qu'à peine celle-ci avait été faite, tout le monde l'a critiquée en disant que ce n'était pas assez ! Je vous rappelle qu'il y a eu un débat extrêmement vif ; l'opposition du moment, qui n'avait pas fait la CMU quand elle avait le pouvoir, a expliqué que le projet était quelque peu léger et qu'on aurait dû faire une APL de soins qui lisse l'effet de seuil. Du côté de la majorité du moment, les gens ont reproché à la ministre de n'avoir pas inclus les allocataires du minimum vieillesse. Elle en est convenue, mais a fait objecter qu'elle ne pouvait les payer !

Un certain nombre de parlementaires ont eu le sentiment de découvrir que les allocataires du minimum vieillesse n'étaient pas dans la CMU, mais je me dois de constater qu'on a fait la CMU !

Faut-il desserrer les paramètres ? C'est très simple : il faut trouver de l'argent. Ce n'est plus de mon ressort. Si je devais desserrer les paramètres de la CMU, je ne retiendrais pas le minimum vieillesse, pour une bonne raison : l'effet de seuil n'est pas au niveau du minimum vieillesse, mais au-dessus, pour des raisons très complexes.

Actuellement, le traitement de l'allocation logement et de l'APL fait que lorsque vous êtes au-dessus du minimum vieillesse, vous vivez moins bien qu'au minimum vieillesse en termes monétaires. Si vous accrochez la CMU au minimum vieillesse, vous allez accroître l'effet de seuil.

Pour le reste, vous en avez pour un milliard d'euros. Si on les trouve, on les retire évidemment à quelqu'un, mais ma conviction est que la CMU a été une bonne orientation. Si on doit augmenter les tickets modérateurs des populations, il faut épargner les plus modestes. Personnellement, je n'ai aucune gêne à militer en faveur du desserrement des paramètres de la CMU.

Je préférerais à la limite augmenter la valeur de l'enfant dans le calcul de la CMU, car je crois que les vrais pauvres, en France, sont les familles avec enfants. Vous vous souvenez du rapport du CERC sur le million d'enfants pauvres...

En termes de philosophie, je ne suis pas contre la CMU ; d'ailleurs, les mots « desserrement des paramètres de la CMU » figurent dans le rapport. On peut ajuster les tarifs, mais plus on sera dur, plus il faudra de mesures compensatoires.

M. Fischer estime que le système est mal gouverné. J'ai été tantôt du côté de l'État, tantôt du côté de la CNAM. C'était confus des deux côtés. J'ai donc autant péché que les autres. Etatiser l'assurance maladie serait une erreur, car nous vivons avec un acquis historique. Encore faut-il que ce soit cohérent. Aujourd'hui, le conseil d'administration de la CNAM pourrait modifier les tickets modérateurs. Il ne l'a jamais fait ! C'est une question de clarification politique.

Il y a des atouts dans la participation des partenaires sociaux. Le front syndical n'est pas uni, mais il décide. Pour la branche maladie, on finit par décider dans la facilité et, la plupart du temps, c'est l'État qui tranche. Si on veut renouveler le paritarisme, il faut assumer !

Concernant les médicaments SMR, je partage votre perplexité. Quant à l'hôpital, je ne crois pas qu'il faille lier son amélioration au problème des restructurations. Ce n'est pas une réflexion financière qui doit en guider l'examen, mais une réflexion sur la sécurité, la qualité des soins et leur organisation.

M. Cazeau a dit qu'il faudrait que les complémentaires soient associées aux décisions. Il y a maintenant un consensus pour dire qu'un système qui laisse mieux s'exprimer les différents acteurs serait une bonne chose.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, merci. Nous aurons grand plaisir à vous entendre encore sur ces sujets.

Table ronde réunissant M. Pascal BEAU,
président de l'Observatoire européen de la protection sociale,
Mme Martine DURAND, directrice adjointe à la Direction de l'emploi,
du travail et des affaires sociales de l'Organisation de coopération
et de développement économiques (OCDE) et
M. Claude LE PEN, professeur de sciences économiques
à l'Université Paris IX-Dauphine
(mercredi 28 avril 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Nous poursuivons ce matin notre travail de préparation de la réforme de l'assurance maladie. Après avoir entendu Bertrand Fragonard, venu présenter les conclusions du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qu'il préside, nous assisterons à deux tables rondes : la première réunit, permettez-moi l'expression, des « personnalités qualifiées » qui nous indiqueront quel est leur sentiment sur les différentes pistes de réforme envisageables.

Madame, messieurs, merci de consacrer un peu de votre temps à l'information des sénateurs. Nous apprécions toujours ces échanges qui nous sont indispensables.

Avant de vous laisser vous présenter, je vous indique que la présente réunion est ouverte à la presse et que nos débats seront enregistrés pour retransmission sur la chaîne Public-Sénat.

M. Pascal BEAU - Je vous remercie de m'avoir invité. Je suis économiste de formation et directeur de l'hebdomadaire Espace social européen. Je préside l'Observatoire européen de la protection sociale. J'enseigne dans divers établissements. Je me déplace beaucoup en Europe. J'ai été membre de cabinet ministériel entre 1990 et 1993. J'ai également été directeur adjoint de la CNAM et le plus proche collaborateur du directeur et du président de cette entité durant huit ans.

Mme Martine DURAND – Merci, monsieur le président. Je suis directrice adjointe du département du travail et des affaires sociales de l'OCDE. Ce dernier est également chargé des affaires de santé et d'immigration.

L'OCDE a récemment réalisé un rapport comparatif des performances et des réformes des systèmes de santé menées dans les trente pays membres. Ce rapport sera soumis aux ministres de la santé des pays de l'OCDE en mai 2004. J'ai eu la chance et le privilège de diriger les travaux concernant ce sujet.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci. Je crois que M. Scherer représente également l'OCDE.

Mme Martine DURAND - En effet. Il m'aidera à répondre aux questions qui pourraient être trop complexes.

M. Nicolas ABOUT, président - Claude Le Pen est une personnalité qui nous est connue puisqu'il agit en qualité d'expert auprès de l'OPEPS (Office parlementaire

d'évaluation des politiques de santé). Monsieur Le Pen, pouvez-vous toutefois nous rappeler votre cursus ?

M. Claude LE PEN - Je suis professeur d'économie à l'Université de Paris-Dauphine. Je me suis spécialisé dans le domaine de la protection sociale et de la santé depuis environ vingt ans. Cela m'a conduit à occuper différents postes d'experts tant à la Commission européenne qu'à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Je suis membre du conseil de surveillance de la CNAMTS. J'occupe différentes fonctions d'observation qui sont souvent fort utiles.

M. Nicolas ABOUT, président - Notre rapporteur général, Alain Vasselle, ouvrira le débat en présentant le premier sujet.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Mes chers collègues, mesdames et messieurs, merci d'avoir répondu à notre invitation. La présente table ronde sera organisée autour de deux sujets : celui de la gouvernance et celui de la responsabilisation des assurés et des professionnels de santé. Le sujet de la gouvernance serait utilement développé autour du diagnostic et des propositions. Le Haut conseil a d'ores et déjà réalisé un travail conséquent concernant le diagnostic. Ce dernier semble être actuellement partagé. Le Haut conseil a, en revanche, à peine esquissé des propositions. A cet égard, votre point de vue serait intéressant à connaître, notamment sur le rôle futur des différents acteurs : gestionnaires, tuteurs, assurés, cotisants ou prestataires pour la gestion du système de soin.

Concernant le deuxième thème, la responsabilisation est-elle un avatar de la maîtrise comptable, un enjeu de santé publique ou une révolution philosophique pour l'assurance maladie ? Il serait souhaitable que vous présentiez votre point de vue à cet égard. Chacun se plaît à reconnaître que chaque acteur devra assumer davantage de responsabilités dans la gestion de l'assurance maladie, qu'il s'agisse des consommateurs de soins ou des prescripteurs. Cette responsabilisation doit certainement être envisagée à tous les niveaux.

Nous souhaitons entendre vos opinions afin d'enrichir nos réflexions et de nous permettre de formuler un avis pertinent le moment venu sur les propositions de réforme de l'assurance maladie que le Gouvernement nous présentera.

Mme Martine DURAND - Je souhaite considérer les deux sujets proposés par M. Vasselle dans une perspective internationale car le système de gouvernance diffère selon le pays concerné. Ma présentation visera notamment à montrer que la France n'est pas un cas unique en matière d'assurance maladie. Les questions qui y sont posées sont également traitées dans d'autres pays. Les pistes suivies quant à la maîtrise des dépenses – puisque tel est, finalement, le sujet de fond – seront présentées à la fois d'un point de vue macro-économique et micro-économique. Cette approche micro-économique semble avoir été adoptée dans la plupart des pays étudiés qui recherchent l'efficacité à travers la gouvernance et la responsabilisation des acteurs.

Outre la France, tous les pays doivent faire face à un dérapage très important de leurs dépenses de santé. Ce problème politique est urgent et persistant. En effet, les dépenses de santé se sont accrues à un rythme rapide durant ces dernières années dans la plupart des pays. Ce rythme a été supérieur à celui de la croissance économique. Les dépenses de santé atteignent désormais en moyenne 8,5 % du PIB dans les pays de l'OCDE contre 7,3 % en 1990. Les dépenses de santé en France représentent environ 9,7 % du PIB en 2002, ce qui correspond au cinquième rang après les États-Unis, l'Allemagne, la Suisse et le Canada. La France se situe également dans le peloton de tête en matière de niveau de dépenses par habitant. Dans la plupart des pays de l'OCDE à l'exception des États-Unis, du Mexique et de la Corée, une part importante des dépenses

de santé – environ trois quarts – est prise en charge par l'État. Cela soumet les budgets publics à une forte pression. Le déficit de l'assurance maladie représente par exemple environ 1,5 % du PIB en France.

Enfin, il convient de noter que les pressions haussières des dépenses continueront en France comme dans les autres pays du fait, d'une part, des progrès technologiques en général et médicaux en particulier et, d'autre part, du vieillissement de la population. Il est estimé que ce dernier paramètre pourrait augmenter de deux à trois points le niveau des dépenses de santé en pourcentage du PIB.

En outre, la demande accrue de personnel de santé pour s'occuper d'une population vieillissante alors que la croissance de la population active ralentira, voire diminuera, ajoutera à cette pression sur les coûts.

Face à ce constat, la France, comme beaucoup d'autres pays, devra réformer son système de santé si elle veut conserver certaines de ses caractéristiques unanimement reconnues comme extrêmement positives. Ce sont, en particulier, de bonnes performances mesurées par des indicateurs d'état de santé, de mortalité, d'espérance de vie ou encore un accès relativement équitable aux soins, indépendamment des revenus, même s'il est vrai qu'il existe encore des problèmes en termes d'équité territoriale. Ces bonnes performances se traduisent également par l'absence de délais d'attente pour la chirurgie non urgente qui constitue, peut-être le savez-vous, un problème très aigu dans un grand nombre de pays où il faut parfois attendre plus d'un an, voire dix-huit mois pour pouvoir être opéré.

L'enjeu des débats est donc de réussir à maîtriser les dépenses publiques.

Garantir la maîtrise des dépenses publiques tout en délivrant des soins de qualité accessibles à tous et répondant aux attentes des patients implique de difficiles arbitrages. Dans ce cadre il convient préalablement de définir précisément les objectifs recherchés. En effet, l'augmentation des dépenses de santé par rapport au PIB n'est pas nécessairement néfaste ou préoccupante. Des dépenses de santé induisant un bien-être social accru, une meilleure santé et une augmentation de la productivité sont probablement bénéfiques à l'ensemble de la société. En outre, les compensations et les conséquences volontaires ou non des mesures de maîtrise comptable sont bien connues. Le plafonnement des budgets incite, par exemple, à adopter des technologies économes au détriment de technologies qui, dans le futur, peuvent s'avérer bien plus efficaces en termes de coûts. De même, les prix administrés des consultations peuvent avoir des effets pervers à long terme, comme en France ou en Corée, du fait de l'accroissement du volume d'activité destiné à compenser la limitation des prix des consultations. Enfin, des plafonnements dans l'hôpital public découragent les recherches d'efficacité ou de productivité. Le cas du Royaume-Uni est patent à cet égard.

Si les mesures de restriction macro-économique ont été relativement efficaces dans le passé pour ralentir ou stabiliser la croissance des dépenses de santé surtout là où le financement dépend uniquement de l'État, comme dans les pays scandinaves ou au Royaume-Uni, elles n'ont été couronnées de succès qu'à court terme. Partout, les dépenses sont, en effet, reparties à la hausse. Ce dérapage a été particulièrement marqué dans les pays comme la France où le système est financé par la sécurité sociale ou comme les États-Unis où, *a contrario*, le financement est essentiellement privé. Le système de *managed care* a implosé aux États-Unis où les dépenses augmentent à un rythme très rapide. La maîtrise comptable semble donc avoir moins d'effet dans les pays où les systèmes sont financés de manière privée ou sociale que dans les pays dont le système de santé est géré par l'État.

Par ailleurs, de nombreux pays ont tenté de maîtriser leurs dépenses en recourant davantage aux assurances privées ou en augmentant la participation des patients aux frais, c'est-à-dire en transférant des dépenses publiques vers le secteur privé. Les mesures visant à accroître la participation des patients semblent bien avoir eu un impact sur la proportion des dépenses publiques dans les dépenses totales, mais cet impact demeure limité. Des mesures de protection en faveur des soins les plus onéreux et des populations à faible revenu ont, en effet, été instaurées dans la plupart des pays concernés, comme en Norvège.

Les effets d'un recours accru à l'assurance privée ont été variables en fonction du rôle de cette dernière dans le système de santé. Lorsque les habitants ont le choix entre l'assurance publique et l'assurance privée, cette dernière a, en effet, contribué à alléger les pressions financières pesant sur le système public. Cela a été le cas en Australie, en Irlande et au Royaume-Uni où l'assurance maladie privée a permis d'augmenter la capacité des hôpitaux privés et de prendre en charge des patients dépendant entièrement d'assurances privées. Toutefois, cette méthode a également généré des coûts supplémentaires comme en Nouvelle-Zélande où les patients couverts par des assurances privées se voient prescrire des analyses médicales ou des médicaments qui, eux, sont remboursés par le système public qui supporte ainsi des frais induits. Les résultats sont donc souvent mitigés.

Dans les pays restreignant l'accès de l'assurance publique à certaines populations (en fonction par exemple du revenu), la part de l'assurance privée n'a pas beaucoup crû. Cela n'a donc pas énormément contribué à diminuer les dépenses publiques. Les compagnies privées ayant tendance à couvrir des personnes relativement en bonne santé, à faible risque et à moyens élevés, le transfert des coûts est limité comme cela a été le cas aux Pays-Bas et en Allemagne.

Dans les pays où l'assurance maladie privée a un rôle complémentaire *via*, notamment, les mutuelles comme en France, il a été constaté que l'assurance privée engendrait, en fait, un accroissement des dépenses publiques. Ce paradoxe est dû à la couverture souvent élevée du ticket modérateur par le système public qui annule les signaux sur les prix et a peu d'effets sur la demande de soins.

En conséquence, l'étude comparative montre que le recours à l'assurance privée, utile, n'est pas suffisant pour réduire les dépenses publiques. Comment est-il donc possible de maîtriser ces dernières ?

Tous les pays s'engagent dans des réformes visant à améliorer l'efficacité de leur système de santé. Ce sont sans doute les mesures micro-économiques qui permettront le mieux de réformer le système au lieu de tenter de réduire les dépenses *across the board*, c'est-à-dire de manière égale dans tous les domaines.

La recherche d'une plus grande efficacité à travers des actions destinées à modifier les incitations et les comportements permet d'accroître la responsabilisation des acteurs de l'offre et de la demande. L'efficacité permet d'obtenir plus pour un même coût ou la même chose à moindre coût (*value for money*). Les gains sont potentiellement importants et ont été mis en évidence dans le projet santé de l'OCDE qui a été conduit durant trois ans.

M. Nicolas ABOUT, président - Il me semble que nous sommes en train d'aborder le deuxième thème de la table ronde. Nous pourrions traiter de la responsabilisation des acteurs dans un deuxième temps. Il serait intéressant de revenir aux questions liées à la gouvernance que sont : qui assume la responsabilité de la gestion ? Quelle est la part respective de l'État et des partenaires sociaux ? Quelles propositions au regard de l'inefficacité du système français actuel ?

Mme Martine DURAND - L'étude n'analyse pas spécifiquement les modes de gouvernance car ils sont très divers selon les pays. Néanmoins, que ce soit dans les pays où l'État gère le système comme dans les pays scandinaves ou le Royaume-Uni, dans les pays où les partenaires sociaux ont un rôle important comme en Allemagne et en France ou dans les pays où le système est géré par le secteur privé comme aux États-Unis, en Suisse, au Mexique ou en Corée, l'enjeu n'est pas tant de savoir qui gère le système mais de garantir que les responsabilités sont bien définies et que l'instance gouvernante ait les moyens de mettre sa politique en œuvre d'une manière totalement transparente. Il s'agit là d'une règle générale.

Le système français est tellement spécifique que je laisserai à mes collègues experts le soin d'émettre des propositions à cet égard.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci. Vous interviendrez ultérieurement concernant la responsabilisation des acteurs.

M. Claude LE PEN - Je souhaite, en préambule, prolonger les propos de Mme Durand en indiquant qu'un des enjeux auxquels la France est confrontée est de changer de paradigme en matière de politique de santé. De 1945 à nos jours, la politique de santé a été fondée sur deux piliers. En premier lieu, sur la nécessité de favoriser l'accès : de 1945 à 1999, le nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie publique n'a cessé d'augmenter, les couvertures ont été développées, la couverture complémentaire, devenue quasiment universelle, a été organisée et 92 % de la population est désormais couverte par une mutuelle ou une assurance privée. Ensuite, des outils de contrôle macro-économiques ont été développés en contrepartie. Il s'est agi de contrôler les prix et le budget national ou celui des établissements. Les modes de contrôle de ces budgets sont d'ailleurs relativement inefficaces. Les budgets sont, en effet, limités mais leurs dépassements sont toujours financés. Les gestionnaires ne sont que peu responsabilisés. En outre, les outils de récupération envisagés par le Gouvernement ont été invalidés par le Conseil constitutionnel et les Cours de justice.

Ce modèle doit, à mon sens, être remplacé par un système centré sur les objectifs principaux que sont la qualité des soins et l'efficacité. La très grande démocratie sanitaire fait, en effet, l'impasse sur la qualité du soin. Tous ont accès au soin mais ce dernier n'est pas de même qualité pour tous. Une inégalité est en train de naître. Nous savons tous que nous pouvons bénéficier de délits d'initiés concernant les délais, l'information et l'accès à des soins efficaces. L'efficacité, le rapport coût-bénéfice des interventions de santé n'ont été que peu considérés en France. Le rapport du Haut conseil met l'accent à juste titre sur cet objectif. Le large accès aux soins étant assuré, l'efficacité des outils macro-économiques étant décevante, il convient, me semble-t-il, d'organiser la réflexion autour de la qualité et de l'efficacité.

Par ailleurs, mon intervention sera fondée sur le schéma de gouvernance qui a filtré dans la presse. Sans en assumer ouvertement la paternité du schéma, car il n'est pas officiel, le Gouvernement l'a tout de même laissé diffuser pour recueillir des avis.

Le mérite de la proposition implicite du Gouvernement est, en premier lieu, de mieux distinguer théoriquement les missions de l'État de celles des caisses d'assurance maladie en attribuant la primauté à l'État. Dans ce projet, l'État a la responsabilité de la politique économique et exerce une tutelle sur les caisses. Ces dernières sont d'ailleurs judicieusement regroupées au sein d'une Union des caisses publiques. Dans ce cadre, le sort du conseil d'administration et du paritarisme reste à définir. Je signale que la multiplicité des régimes en France constitue un artefact historique qui ne se justifie plus ni par les prestations ni par les cotisations.

En second lieu, ce schéma prévoit la création d'une Haute autorité avec des postes et des avantages spécifiques. Cette création sera certainement l'aspect le plus spectaculaire et politiquement porteur de la réforme. L'on s'interroge cependant sur le rôle et les missions de cette instance. Elle pourrait opportunément assurer la transition entre les caisses et l'État. Dans sa composante gouvernementale ou administrative, ce dernier peine, en effet, à suivre la gestion quotidienne de l'assurance maladie, la performance de cette dernière, la légitimité des décisions de tarification ou de remboursement, ou l'équité dans la négociation avec les professionnels. Une instance de régulation supervisant le fonctionnement de l'assurance maladie serait judicieuse en soi. Encore faut-il que son rôle soit bien défini - ce qui n'est pas encore le cas -. Il conviendra de déterminer si la Haute autorité disposera d'une capacité d'expertise et de recommandation au Gouvernement quant au taux de croissance idoine des dépenses de santé. La Haute autorité traquera-t-elle les sources d'efficience ? Le président de l'Union des caisses sera-t-il responsable devant cette instance ? Toutes ces questions sont encore sans réponses. Je pense que la Haute autorité mérite que l'on approfondisse la réflexion à son égard.

Ensuite, la généralisation de l'approche contractuelle avec les professionnels est prévue dans le schéma de gouvernance. La convention serait abandonnée. Les participants à la seconde table ronde diront peut-être que le terme de « convention » leur évoque de mauvais souvenirs. Il n'existe plus de convention pour les spécialistes, depuis 1994, me semble-t-il, et au moins depuis la dénonciation unilatérale par les caisses en 1996 de la convention avec les spécialistes. La politique conventionnelle a, d'un certain point de vue, vécu. Il convient de la remplacer par un système fondé sur des contrats négociés élargis aux questions tarifaires, aux bons usages des pratiques médicales et comprenant des contraintes en matière sinon d'accréditation, au moins d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue. La piste consistant à renouveler l'approche conventionnelle autour de la notion de contrats me semble intéressante.

Outre la définition du rôle et des attributs de la Haute autorité, le rôle des régimes complémentaires me semble également obscur. Parallèlement à l'Union des caisses d'assurance maladie, le schéma prévoit une Union des complémentaires. Connaissant ce milieu, je ne peux encore imaginer cette Union car les philosophies, les intérêts et les modes de fonctionnement des trois composantes de l'assurance complémentaires sont très différents. Certaines assurances proposent des contrats collectifs, d'autres individuels ; certaines, comme les mutuelles de la fonction publique, ont des délégations de caisses publiques tandis que d'autres sont dans le secteur concurrentiel et privé. Il me semble, par conséquent, que de nombreuses incertitudes restent encore attachées à cette Union des caisses complémentaires. Je ne suis pas certain que ces dernières puissent s'accorder pour former une union qui, en tout état de cause, sera dominée par la Mutualité. Cela posera des problèmes de frontière et de susceptibilité. C'est d'ailleurs pour cette raison que la Mutualité est fortement partisane de cette Union.

Je précise qu'il convient de ne pas concevoir le système complémentaire sur le mode de l'assurance publique. Les régimes complémentaires par essence disposent de marges de liberté. Cette piste mérite d'être mieux détaillée.

Où se situent les représentants de la société civile, qu'il s'agisse des partenaires sociaux ou du secteur associatif dont il s'agit de préciser aussi les critères de sélection ? La société civile, héritière du mouvement paritaire des années 45, restera-t-elle présente dans le conseil d'administration des caisses ? Dans ce cas, ne recréerait-on pas deux lignes de légitimité parallèles et concurrentes ? Le maintien de la ligne de légitimité renforcée de l'État et de celle de la représentation élue, des assurés sociaux ne renfermerait-elle pas un conflit potentiel ? La société civile ne pourrait-elle être

représentée au sein de la Haute autorité ? Convendrait-il de faire des caisses d'assurance maladie un simple établissement public avec un président nommé par l'État ? A l'issue des travaux que nous avons menés à l'Institut Montaigne, je suis plutôt favorable à cette seconde solution qui consiste à clarifier radicalement les rapports en transformant les caisses en établissements publics d'État.

Enfin, autant que je le sache, le schéma de gouvernance ne concerne malheureusement que la médecine ambulatoire et non les hôpitaux. Ce facteur me semble fragiliser l'ensemble du système, d'une part parce que l'on ne peut comprendre pourquoi l'hôpital échapperait à la logique de gouvernance d'ensemble et, d'autre part, parce que les médecins libéraux, actuellement sensibles et sensibilisés vis-à-vis de ce type de questions, percevraient certainement mal un système qui semble accorder une relative liberté à l'hôpital tout en imposant des contraintes à la médecine ambulatoire. A mon sens, une des conditions de succès d'une réforme de la gouvernance serait pourtant d'intégrer l'hôpital en le considérant comme un agent sous la tutelle d'un établissement public des caisses. L'hôpital est, certes, porteur d'un enjeu politique local très sensible. L'hôpital représente près d'un million d'emplois. A l'instar de la sidérurgie des années 50, l'hôpital constitue un bassin d'emplois. Des collectivités vivent autour de l'hôpital. Le mouvement syndical est très organisé et parfois très revendicatif. Un syndicat comme Sud y trouve un vivier d'adhérents. Il est donc aisément compréhensible que le Gouvernement soit très prudent en la matière mais l'isolement de l'hôpital ne me semble pas être un élément de succès. En effet, de nombreux gains de productivité sont situés à l'articulation de la médecine de ville et de l'hôpital. Les gains de productivité ne se trouvent pas dans la médecine de ville ni dans l'hôpital mais dans la manière dont communiquent ces deux partenaires. Le fonctionnement des urgences en est une illustration spectaculaire. Seuls 1 % des patients aux urgences sont hospitalisés. 99 % des patients auraient donc pu ne pas mobiliser des moyens coûteux à l'hôpital. Ils n'arrivent à l'hôpital que par une sorte de défaillance de la permanence des soins ambulatoires.

La recréation du lien entre médecine ambulatoire et hospitalière me semble essentielle. La partition de la tutelle, des contrats et de l'organisation des soins prive l'État de ce qui constitue, à mes yeux, le principal gisement de productivité du système.

M. Nicolas ABOUT, président - Les notions d'universalité d'accès aux soins et aux prestations d'assurance maladie. Sont-elles réelles ? Le malade demande, le médecin prescrit, l'assurance maladie rembourse et l'État désespère. Que proposez-vous, monsieur Beau ?

M. Pascal BEAU - Mes propos complèteront les interventions de mes collègues. Je souhaite, au préalable, faire un peu de politique au sens noble du terme car je suis féru d'histoire de l'assurance maladie. Je vous invite à garder à l'esprit que la France est un des rares pays du monde développé dans lequel la notion d'assurance maladie n'a pas fait l'objet d'un consensus. Cela n'était pas un hasard. Je trouve assez admirable que l'on nous propose de revenir à 1945 alors que vous savez certainement qu'il n'y a pas eu de consensus à l'origine. Le travail du général de Gaulle a été défait en 1946. Il faut donc être réaliste.

J'ai revisité les systèmes belges et allemands dans l'optique de cette audition. La Belgique et l'Allemagne sont des pays voisins dont la nature du système de santé est relativement proche du nôtre ; ce qui n'est pas le cas de celle de nos partenaires britanniques, scandinaves ou d'Europe du Sud. Il existe en Allemagne et en Belgique une volonté de partager les responsabilités. Un consensus y existe même si des tensions persistent. Ce n'est pas le cas en France. Vous ne pouvez concevoir en 2004, et a fortiori pour les années qui viennent, un consensus qui n'a pu être instauré depuis quarante années. Vous ne pouvez demander à un syndicaliste, aussi légitime et sympathique

soit-il, de porter la charge de la gestion de l'assurance maladie. Cette dernière a changé. J'interviens sous le contrôle de mes amis. Il ne s'agit plus de la mutualité de nos grands-parents des années 50. L'assurance maladie constitue un ensemble lourd et compliqué dans lequel s'imbriquent des facteurs fondamentaux ayant trait notamment à l'économie nationale, à l'emploi, à l'industrie, à la sécurité et aux échanges mondiaux. Ces enjeux ne sont pas du domaine associatif ou artisanal. Je crois qu'il convient d'être parfaitement conscient de l'enjeu de responsabilisation politique au sens le plus fort du terme.

Il convient de lire l'enjeu de la gouvernance à l'aune de cette histoire. Nous pouvons espérer la naissance d'un consensus quant aux fondamentaux dans l'avenir, mais l'histoire ne plaide pas en ce sens.

Ensuite, comme nous avons pu le lire, sept ou huit nouvelles superstructures nationales de gouvernance des soins de ville se superposeraient aux caisses nationales existantes. On multiplierait ainsi les unions : Union des caisses, Union des complémentaires, peut-être Union des professions de santé, une Haute autorité, un Établissement public des données de santé, puis un conseil de surveillance et un directoire. De grâce, de l'air ! Pour en revenir au général de Gaulle, il s'agit là de « machins ». Mon propos est peut-être caricatural mais ce système supposerait un délai de mise en route de trois ou quatre ans, afin notamment que chaque instance prenne ses marques avec efficacité.

Enfin, plus personne n'évoque les régions. Je regrette cet état de fait. La réforme de 1996 avait pourtant fait évoluer les mentalités et les méthodologies de travail. Le résultat n'est pas parfait. Le verre peut toujours être considéré comme étant à moitié vide ou à moitié plein. Je parle sous le contrôle de nos amis de l'OCDE, la plupart des pays voisins ont pourtant déconcentré et renvoyé un certain nombre d'arbitrages politiques, économiques et médicaux à un niveau intelligent de subsidiarité. Il me semble que les agences régionales d'hospitalisation ont permis de réaliser un progrès notable dans l'intelligence du pilotage médico-économique de l'hospitalisation. Il me semble qu'un certain travail réalisé par les URCAM, qui ne constitue certes pas un absolu de réussite, a permis un progrès sur l'appréhension de la problématique de la gestion du risque dans les soins de ville. Ces acteurs devraient davantage travailler conjointement plutôt que de renvoyer au niveau national l'ensemble de la problématique. Je souhaite vous faire part d'une anecdote à cet égard. En 1985, la France fêtait le jubilé des ordonnances de 1945. La CNAMTS avait donc organisé un immense événement réunissant 5.000 personnes. Les difficultés entre les caisses et les professions de santé existaient déjà depuis quarante ans. Le directeur de la CNAMTS de l'époque avait dit aux présidents et directeurs de caisses qu'en cas de problèmes au sein des comités médicaux paritaires locaux, il convenait de les lui adresser à Paris. Bien entendu, les chefs de station qui sont les directeurs de caisse ont renvoyé toutes leurs difficultés à Paris. Cela a créé un engorgement. Rien n'a finalement été réglé.

En matière de gouvernance, il me semble qu'il faille véritablement muter. Il importe de ne pas faire d'une architecture nationale centrale qu'il convient de réformer l'alpha et l'oméga de la problématique. Il faut repenser la démarche de responsabilisation en termes de gouvernance et de pilotage. Plus complexe, le système nécessite un traitement des problèmes à la base, à un niveau pertinent afin qu'ils soient les moins ingérables possibles. Sinon, nous discuterons ici des mêmes questions dans quelques années. Je vous invite à consulter vos archives. Vous y trouverez les mêmes antennes et les mêmes sujets.

Par ailleurs, je souscris, avec Claude Le Pen, à la nécessité de clarifier les logiques d'actions et de responsabilités. Je m'exprimerai franchement. Je ne suis pas spontanément très favorable à l'idée, mais la démarche la plus cohérente en matière de

réforme de la gouvernance a été présentée par le MEDEF il y a quelques jours. Ce dernier propose de donner une fonction de résonance politique à l'ensemble des acteurs de la santé et de l'assurance maladie au sein d'un Conseil de surveillance national de l'assurance maladie. En Belgique, le Conseil général de l'assurance maladie réunit l'État, les partenaires sociaux, les professions de santé et les soins hospitaliers. Je souligne que le secteur des soins hospitaliers est également représenté.

En outre, le système a besoin d'un responsable. La direction peut être prise par l'État, c'est-à-dire le ministre entouré de ses équipes, ou *via* le paritarisme. Ce dernier n'étant plus de mise, la formule alternative est celle du directoire dirigé par un haut fonctionnaire qui pourrait être, ou non, issu du secteur privé et qui détiendrait une plénitude de compétences.

Ensuite, à l'instar de tous les observateurs en la matière, j'estime qu'il n'est plus concevable de distinguer les soins de ville des soins hospitaliers. Cette logique de conseil de surveillance et de directoire renforce d'ailleurs la pertinence d'une assurance maladie pilotée et appréhendant l'ensemble de la problématique du financement et des soins (y compris le champ de l'hospitalisation). Cela sera mis en œuvre d'autant plus aisément qu'un faux-semblant entre l'État et les partenaires sociaux ne sera pas reconstitué. En conséquence, le directoire doit récupérer les compétences de financement pour l'instant tenues par le ministère des affaires sociales. Vous ne pouvez maintenir ou multiplier les instances de l'assurance maladie tout en maintenant les frontières juridico-administratives en matière de financement et en attribuant à la direction de la sécurité sociale ou à la direction des hôpitaux et de l'offre de soins la moitié du financement, tandis que le champ des soins de ville serait réduit aux acquêts.

Ni le paritarisme ni une étatisation totale ne sont crédibles. Nous proposons ainsi un schéma cohérent, piloté et dépouillé d'une multiplicité d'instances injustifiées et redondantes en termes administratifs et politiques. Ces instances induisent forcément des lourdeurs et des délais de réaction alors que le contexte impose l'urgence. Les agences régionales d'hospitalisation seraient rattachées au directoire de l'assurance maladie. Les URCAM et les agences régionales seraient invitées à travailler ensemble. Il ne s'agira pas d'emblée des agences régionales de santé. Il convient, en tout état de cause, de donner aux différents acteurs le temps de faire connaissance. Ces derniers se rencontrent. Ils contractent. La thématique du réseau ne peut malheureusement être abordée ici faute de temps. Je considère que le système pourra être amélioré de manière pragmatique. Il importe de ne pas focaliser le débat sur une architecture multipliant les organes dont l'articulation de long terme reste obscure.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Quelles sont les places respectives des partenaires sociaux et de la société civile dans la gouvernance du système de santé des pays où ce système est relativement comparable au nôtre ? Par ailleurs, de quels modèles étrangers pourrions-nous nous inspirer quant aux relations entre la médecine ambulatoire et hospitalière ? Vous avez tous souligné cet enjeu dont l'importance a d'ailleurs été reconnue par le Haut conseil. Je pense qu'un consensus national devrait se dégager à cet égard.

Mme Martine DURAND - Concernant le rôle des partenaires sociaux dans la gouvernance, les exemples belges et allemands illustrent la recherche constante du consensus. Dans les pays scandinaves où le système est financé par les impôts et non par un système de cotisations sociales, les partenaires sociaux ne sont pas directement impliqués dans le financement. Le consensus est néanmoins également recherché à travers, par exemple, la décentralisation. En effet, les municipalités sont chargées des soins de longue durée et font intervenir la société civile et les partenaires sociaux pour consultation et non pour contribuer à la gestion. Il existe peu de modèles de gestion

directe par la société civile ou les partenaires sociaux. Ce que la France mettrait en place constituerait un cas d'étude pour les autres pays.

De très nombreux pays cherchent à réformer le lien entre les soins ambulatoires et l'hôpital pour améliorer le système de soins. Certaines expériences ont été intéressantes et se sont révélées probantes. Le Royaume-Uni fait face à de nombreuses difficultés dans le cadre de la réforme de son système de santé, mais les soins ambulatoires ont pu être groupés et le lien direct de ces derniers avec l'hôpital a été établi avec succès.

M. Gilbert CHABROUX - J'ai suivi les exposés avec beaucoup d'intérêt. Par ailleurs, je m'interroge sur l'importance que l'on souhaite attribuer à la gouvernance. Ne sommes-nous pas en train de reprendre ce que le Gouvernement souhaite faire ? Ce sujet est peu polémique et permet de gagner du temps. S'agit-il de débattre essentiellement de la gouvernance pour faire diversion et ne pas aborder les autres problèmes ? L'enjeu de la gouvernance n'intéresse pas le plus directement l'opinion.

Pourquoi adoptons-nous cette démarche centrée sur l'architecture ? Il semble que les propositions que le ministre présentera mardi devant la mission d'information de l'Assemblée nationale concerneront essentiellement l'architecture. Ce schéma est présenté comme étant la panacée. *Quid* des problèmes de financement, d'égalité d'accès, de qualité et d'efficacité ? Le thème de la gouvernance est certes important, mais s'agit-il d'une priorité ?

M. Nicolas ABOUT, président - J'ignore par quel thème il convient de commencer. La question est de définir le résultat global souhaité. On a peut-être un peu tendance à considérer que tout se décide en haut alors que ce n'est pas le cas. C'est le consommateur qui est actuellement responsable du montant de la dépense. L'État ne maîtrise rien. M. Spaeth affirmait devant l'Assemblée nationale que l'enjeu du système de santé différait de celui de la retraite en ce sens que, pour cette dernière, des droits sont payés. Dans le cas des soins, l'on pourrait simplifier en disant que le malade demande, le médecin prescrit et les autres font avec les moyens dont ils disposent. Il ne me semble pas incongru de débattre en premier lieu des modalités d'organisation souhaitées et de la manière de responsabiliser les décideurs. Il conviendra ensuite d'évoquer la responsabilisation des professionnels et des patients. Nous verrons lors de la seconde table ronde si cette responsabilisation est envisageable.

M. Claude LE PEN - Il est vrai qu'au regard des 14 milliards d'euros de déficit, du futur endettement et du remboursement de 5 milliards d'euros au titre des dépenses des années 90, l'enjeu de la gouvernance peut sembler incongru ou abstrait. Le thème de la gouvernance est cependant important pour les professionnels de santé. Ces derniers négocient quotidiennement leur sort avec différents acteurs et ont le sentiment que le mécanisme est grippé. Ils constatent une crise de légitimité et notent que, comme l'a montré dernièrement la négociation de la convention avec les spécialistes, des accords sanctionnés par un échec avec les caisses sont renégociés avec le ministre. Les professionnels de santé déplorent l'imprécision des règles du jeu, la défaillance des institutions et plaident pour un éclaircissement.

En revanche, M. Chabroux a raison dans le sens où tous les schémas de gouvernance proposés sont au service d'une politique et ne distinguent pas les institutions à créer des mesures financières nécessaires. Il serait, en effet, dangereux de réformer l'architecture tout en conservant les flux financiers traditionnels. Je suis embarrassé non par le débat sur la gouvernance, mais par l'éventuelle dissociation entre ce débat et celui qui concerne la régulation.

M. Pascal BEAU - J'admire la subtilité sémantique de M. Le Pen lorsqu'il évoquait les contrats et les conventions. L'histoire du système conventionnel est relativement tumultueuse. Il s'agit d'un dérivé du contrat collectif de la loi de 1951. La création d'une mosaïque nationale très lourde à gérer avec des délais de réaction très importants, associée à une distanciation entre les professions de santé et le système d'assurance maladie qui a pour vocation de partager les coûts, constitue un facteur objectif de fracturation. Il est impossible d'aller vers un modèle de gouvernance plus efficient et en même temps distendre, découper les relations entre les professionnels de santé, l'ensemble des prestataires de soins et les financeurs. Quelle est la nature du contrat liant les financeurs et l'ensemble des prestataires de soins ? Pour l'instant, ce lien est formalisé par une accumulation de feuilles de papier. L'enjeu est de déterminer si nous devons concevoir un contrat global intégrant la totalité des activités des prestataires ou si nous devons différencier notre réflexion. Il est regrettable que cette question ne soit pas traitée car elle a des conséquences sur la gouvernance, le financement et la politique des soins.

M. André LARDEUX - Ce schéma, pour autant qu'il ait une valeur, montre que l'imagination n'a, en effet, pas de limite dans la création d'usines à gaz. En tout cas, ce n'est pas le problème essentiel pour l'instant.

Les dépenses de santé ne pourront qu'augmenter dans les pays développés, eu égard à l'évolution de la population. Pouvez-vous nous présenter des éléments de comparaison internationale concernant les différents modes de financement ? En effet, la question de la maîtrise des dépenses de santé ne se pose à nous qu'à propos du mode de financement collectif. Les deux autres cas de financement (individualisé et complémentaire) relèvent du choix individuel.

Par ailleurs, la responsabilisation des décideurs est souvent évoquée. *Quid* des agents de la sécurité sociale ? Les coûts de gestion sont souvent mis en avant. J'ai l'impression que le management de la sécurité sociale ressemble à celui de l'Armée rouge des années 50. Je crois que d'importants efforts sont à réaliser pour responsabiliser ces agents. Quelques exemples m'ont démontré que les relations entre les agents de base et les usagers ou les professionnels de santé ne vont pas dans le sens de l'efficience.

Mme Martine DURAND - En moyenne, trois quarts des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE sont financés par le secteur public. La part du financement public français est dans la moyenne. La France se caractérise, en revanche, par le fait que le montant qui reste à la charge du patient est nettement plus faible que la moyenne dans les pays de l'OCDE. La prise en charge du ticket modérateur par l'assurance complémentaire est plus importante en France.

Contrairement à vous, j'estime que le champ de préoccupation de l'État ou de l'autorité qui sera mise en place ne doit pas se réduire au financement public. Des interactions très fortes existent, en effet, entre le public et le privé. En France comme dans d'autres pays, le recours à une assurance privée complémentaire a des conséquences en matière de dépenses publiques. Une forte demande de soins onéreux comme l'IRM nécessite, par exemple, un investissement public important pour acquérir le matériel même si l'assurance privée remboursera ensuite les soins. Il convient donc de tenir compte de cela. La régulation des mutuelles et de l'assurance privée doit être débattue conjointement avec la question du financement public.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Il est difficile de distinguer complètement la notion de gouvernance de celle de la responsabilisation des gestionnaires, des professionnels de santé ou des patients. Durant les discussions menées au sein du Haut conseil, j'ai été frappé par le rappel historique démontrant que les ordonnances des années 60 n'avaient été respectées par aucun gouvernement. Ces

ordonnances attribuaient aux partenaires sociaux la responsabilité de prévoir l'équilibre des dépenses et des recettes. Tous les gouvernements, sans exception, se sont pourtant mêlés en amont de cette question sans laisser aux partenaires sociaux l'opportunité de s'en charger. L'État devait pourtant intervenir uniquement en aval des discussions. Est-il illusoire de penser que ce type de gouvernance et de responsabilisation est possible ? Ce paritarisme mort-né qui n'a pas eu le temps de démontrer ses potentialités serait-il absurde ?

M. Nicolas ABOUT, président - La question est pertinente. Cependant, les partenaires sociaux souhaitaient-ils ce type de gouvernance dès l'origine ?

M. Claude LE PEN - L'esprit de la séparation des risques des ordonnances de 1967 n'a effectivement jamais été respecté. La création des grandes caisses nationales, destinée à éviter la confusion des financements entre différents risques et à prévoir la responsabilisation des gestionnaires des caisses, a été tenue en échec en particulier car les partenaires sociaux ont refusé de prendre la responsabilité de décisions impopulaires. Il était plus simple de laisser la responsabilité à l'État et de s'insurger contre l'augmentation des cotisations par exemple. Contrairement au syndicalisme allemand, le syndicalisme français n'a pas de tradition de gestionnaire. Il est éminemment respectable mais, nous le constatons encore aujourd'hui, il peine à tenir le rôle de contributeur positif à la politique publique. Finalement, le système arrangeait tout le monde puisque l'État ne faisait pas confiance aux partenaires sociaux tandis que ces derniers préféraient laisser à l'État la responsabilité des décisions impopulaires.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur Beau, les propos du président Spaeth semblent pourtant indiquer qu'il souhaite ardemment assumer ces responsabilités.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Si vous le voulez bien, je souhaite préciser que M. Spaeth avait affirmé que ces ordonnances n'avaient pas été respectées car on ne leur avait pas permis de les appliquer. Les représentants des syndicats soutiennent cette explication. Ce n'est pas ce que rapportait M. Le Pen.

M. Pascal BEAU - J'accompagnai le président de la CNAM en 1983 lors de l'instauration de la dotation globale hospitalière sur laquelle la CNAM avait demandé un droit de regard. Le ministre de l'époque a ainsi demandé au président de la CNAM, M. Maurice Derlin, s'il était prêt à assumer la responsabilité économique des hôpitaux. M. Maurice Derlin a répondu par la négative. Un syndicaliste ne peut être le tuteur des hôpitaux, être juge et partie à la fois.

Tout le monde est prêt à accroître les avantages sociaux dans le cadre d'une économie florissante. Mais peu de personnes sont, en revanche, prêtes à gérer le système lorsque la conjoncture est difficile. Je crois que M. Spaeth est extrêmement courageux mais j'ignore la position de François Chérèque, secrétaire général de la CFDT...

Mme Gisèle PRINTZ - Je me demande si l'origine du déficit de la sécurité sociale a réellement été recherchée. En effet, tous se rejettent la responsabilité : les médecins sur l'hôpital, ce dernier sur les pharmaciens et les pharmaciens sur les malades. Les patients doivent aussi se demander qui est réellement responsable.

Je rappelle, par ailleurs, que le régime du droit local en Alsace-Moselle n'est pas déficitaire. Y aurait-il là une piste ?

M. Nicolas ABOUT, président - Cette situation est probablement due à la résistance des habitants de cette région !

Mme Martine DURAND - En préambule, je signale que les indicateurs de santé montrent des gains potentiels d'efficacité extraordinaires. Le taux d'angioplastie coronaire varie, par exemple dans les pays de l'OCDE, d'un facteur de 1 à 10. Cet écart

ne se retrouve pourtant pas dans l'incidence des maladies cardiaques. Il est donc évident que le taux d'angioplastie coronaire dans certains pays n'est pas optimal même si j'ignore quel serait ce taux optimal. Les ressources sont certainement gaspillées en certains endroits. En multipliant les indicateurs analysés, l'on peut trouver des gains de productivité potentiels. Aux États-Unis, les dépenses sont énormes pour des performances somme toute moyennes, tandis que d'autres pays dépensent moins de manière efficace.

Pour inciter les patients à être plus économes, certains pays de l'OCDE ont décidé d'augmenter leur part de financement des dépenses de santé. J'ai certes émis des réserves quant à cette piste mais ce « co-paiement » a augmenté dans quasiment tous les pays, sauf en France où l'évolution est inverse. La contribution des patients aux dépenses de santé représente environ 10 % en France contre 20 % en moyenne dans les pays de l'OCDE. Ce taux en France est dû au rôle des mutuelles. Ces compléments représentent 1,8 % de la consommation des ménages français contre 2,8 % dans les autres pays.

L'effet de l'augmentation de la contribution des patients ne peut être très élevé dans la mesure où il faut notamment prendre en charge les maladies lourdes ou les patients à faible revenu. Néanmoins, il est notable que la transparence des coûts ait été appliquée dans de nombreux pays.

Certains pays, comme les États-Unis, ont même envisagé de pousser la politique de sensibilisation à l'extrême en remplaçant la couverture au premier euro par une assurance ne couvrant que les risques catastrophiques. Un panier optimal des soins à prendre en charge a donc été défini.

D'autres pays ont élaboré un système de communication permettant de mieux faire connaître les pratiques exemplaires aux patients grâce, par exemple, à des sites Internet dédiés. Il y a, en effet, été estimé qu'un patient mieux informé était un meilleur consommateur de soins.

Ensuite, le recours à un médecin référent a été envisagé et instauré dans de nombreux pays même si cela n'a pas été un succès en France. Le médecin référent doit ainsi conseiller les patients avant de les diriger vers l'hôpital ou les spécialistes. Des pays ont par ailleurs instauré des *call centers*, des services téléphoniques travaillant un peu à l'instar des urgences pour diriger les patients. Le recours à ces services ou au médecin référent permet d'éviter le regrettable nomadisme médical.

Enfin, la promotion de médicaments génériques peut être un moyen de responsabiliser les patients. Vous le savez, la France est parmi les pays dont la consommation de médicaments est la plus importante. Les dépenses liées aux médicaments constituent une part croissante et très importante des dépenses de santé. Un débat concernant les médicaments est donc essentiel dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Les pistes de réforme destinées à responsabiliser les prestataires sont sans doute les plus prometteuses en volume et en impact.

Dans les pays où le système de santé est géré par l'État, certains ont tenté de renforcer la distinction entre les fonctions d'achats et les prestations de soins. Cette réforme a généralement été probante.

Dans de nombreux autres pays, l'organisation des soins a été revue en mettant en place des systèmes plus intégrés des soins ambulatoires et hospitaliers afin d'éviter redondances et gaspillages. La réforme en ce sens d'une partie publique du système de santé américain traitant des anciens combattants est exemplaire. En effet, le déficit du

Veterans' Health Administration a imposé une réorganisation majeure visant à intégrer les systèmes ambulatoire et hospitalier. Cette réforme a concerné 8 millions d'américains, ce qui correspond peu ou prou à la population belge. Des réseaux de services intégrés ont été créés au niveau régional : le patient est d'abord pris en charge par un médecin généraliste pour être ensuite dirigé vers l'hôpital ou un spécialiste. La gestion du système est fondée sur l'analyse des performances. Un important investissement a été réalisé afin que toutes les données cliniques soient enregistrées sur un dossier informatique qui suit le patient. Des directives cliniques ont également été utilisées. Les meilleurs traitements par type de pathologie ont ainsi été définis. En conséquence, la mortalité chirurgicale a diminué de 9 % et les soins préventifs sont passés de 34 à 81 %. Après une opération, l'hôpital se charge, en effet, de contacter et, le cas échéant, de relancer le malade pour qu'il se soumette à un suivi post opératoire. En cinq ans, les coûts ont diminué de 25 %. Cet exemple montre que ce type de réorganisation visant à l'efficacité permet de réduire drastiquement les coûts. La création d'une filière de soins est fondamentale. Elle a été créée dans plusieurs pays.

De nombreux pays ont également évalué les rémunérations des prestataires, médecins ambulatoires et des hôpitaux. Il est notoire qu'une rémunération à l'acte, comme pratiquée en France, a un effet sur le volume des soins. Au Royaume-Uni par exemple où les médecins sont salariés, il n'existe aucune incitation à améliorer la qualité ou la performance des soins. Il convient, par conséquent, de trouver un équilibre entre les deux types de rémunération. Au Royaume-Uni, la réforme en cours vise à instaurer une rémunération fondée sur des éléments fixes et variables liés à la qualité des soins et à des performances convenues. Par ailleurs, vous savez probablement que la rémunération dans le secteur hospitalier est également considérée comme un levier d'amélioration. Les budgets globaux peuvent être remplacés par le financement par pathologie ou par activité. Cette piste est suivie partout dans la mesure où les budgets globaux semblent avoir montré leurs limites en matière d'efficacité.

Ensuite, certaines réformes visent à responsabiliser à la fois les acteurs de l'offre et de la demande de soins. En particulier, l'investissement dans les systèmes de gestion informatisée permettrait aux gestionnaires de réduire les coûts. Le coût initial est certes important puisqu'il faut installer un système informatisé à l'hôpital et pour les médecins ambulatoires, mais une technologie de l'information pertinente permet réellement de diminuer les gaspillages. La question du respect de la confidentialité du dossier médical a été problématique en France. Toutefois, les pays qui ont réformé en ce sens ont réalisé des gains d'efficacité considérables.

Enfin, il est crucial que des indicateurs valables de performance reconnus par les pairs, ainsi que des systèmes d'évaluation, soient prévus pour réformer, par exemple, la rémunération des médecins. Il me semble que la France manque de cette culture d'évaluation alors qu'elle est très ancrée dans d'autres pays. L'introduction des nouvelles technologies nécessite notamment un système d'évaluation du coût par rapport au bénéfice attendu.

En conclusion, je souligne que de nombreuses pistes existent pour responsabiliser les patients, les prestataires et les gestionnaires. Ces derniers ont d'ailleurs peut-être été relativement oubliés.

M. Pascal BEAU - La « boîte à outils » a été présentée par Mme Durand. M. Le Pen l'évoquera certainement. Je ne développerai donc pas ce sujet. Je signale toutefois que tous ces outils sont connus. Il convient de se demander pourquoi « nous ne passons pas à l'acte ».

Claude Le Pen et moi-même sommes des militants des réseaux. Très peu de réseaux d'expérimentations des soins, dits Soubie et issus des ordonnances de 1996 ont fonctionné. Il faut s'interroger sur les raisons de cet échec. Nous ne manquons pas d'idées et nous n'avons pas d'idées miracles.

Les dépenses de l'assurance maladie – notamment de la CNAM – se sont fortement accrues depuis quatre ans pour plusieurs raisons.

Les 35 heures à l'hôpital et les protocoles hospitaliers ont accéléré l'accroissement des coûts d'hospitalisation publique et privée d'un montant estimé entre 3 et 4 milliards d'euros. Je vous invite à lire le récent rapport Ollier à cet égard.

La réforme des affections de longue durée (ALD) en 1999 et la création d'une visite médicale majorée pour les personnes âgées de plus de 75 ans ont augmenté, entre 1999 et fin 2003, le nombre de patients souffrant d'ALD de 4,7 millions à 6,1 millions. Les flux d'entrées et de sorties existent parallèlement. Notre système d'assurance maladie fonctionne à deux vitesses : d'une part, une assurance maladie couvrant les patients de droit commun bénéficiant du ticket modérateur. Cette dernière progresse de trois points par an et les dépenses pharmaceutiques restent quasiment stables ; d'autre part, une assurance maladie à 100 % qui progresse annuellement de 10 à 14 % et qui concerne un nombre plus réduit de personnes (souvent des personnes âgées). Je crois qu'il faut avoir le courage de reconnaître cela. Ce système est, par conséquent, complètement désarticulé. Je vous signale que la franchise de remboursement, qui est évoquée de temps en temps, est une idée dangereuse. Elle consiste à ne pas rembourser jusqu'à un seuil de 100 à 150 euros par an ceux qui ont recours aux prestataires de soins. Cela aurait un effet extraordinairement pervers puisque cela recasserait l'accès aux soins de ville - ce qui est loin de constituer un progrès social - et ferait porter la charge sur les actifs et les biens portants sur qui pèse la variable d'ajustement du refinancement du système. Je ne présente pas tous les effets pervers de ce système. Il convient de garder à l'esprit que le système fonctionne à différentes vitesses en fonction de la posture, de l'âge ou de la pathologie de l'intéressé.

Je prône une « liquidation médicalisée » des prestations de l'assurance maladie. Nous connaissons tous le potentiel des systèmes d'information. Nous pouvons progresser en ce sens. Il n'est, en revanche, pas souhaitable de multiplier les référentiels des pratiques médicales. Je m'étonne d'ailleurs qu'on conseille de les négocier et de rémunérer de bonnes pratiques. Ce serait un non-sens. Un pilote d'avion peut-il se permettre de ne pas être accrédité ni certifié ? Je ne crois pas que l'on puisse pratiquer de la mauvaise médecine. En conséquence, il convient de s'orienter vers une liquidation médicalisée, au moins sur les pathologies susceptibles d'être médico-économiquement protocolisées.

Les responsables de caisses indiquent qu'ils ne peuvent que constater la situation sans pouvoir intervenir. Toute réaction suppose en effet des mécanismes de contentieux de très long terme avec de très faibles chances de réussite. Il faut prendre position au regard de cette situation. Je souhaite que l'on ne laisse pas cette situation perdurer. On ne peut à la fois parler de maîtrise des dépenses de santé (par opposition à la maîtrise comptable) et ne pas fournir la boîte à outils nécessaire. Je signale que le potentiel de fonctionnement attribué aux directeurs de caisse maladie est de 20 à 30 %. Les assureurs privés ne sont pas plus compétents que les assureurs publics. Ces derniers sont cependant empêchés de travailler efficacement, y compris au niveau central.

La liquidation médicalisée consiste donc à mettre en place progressivement un système de protocole de soins, notamment pour les ALD. A cet égard, le médecin conseil de la CNAM a déjà réalisé une étude. Il serait intéressant de l'entendre. Cette liquidation médicalisée aurait pour objectif de réaliser des gains de productivité médicale sans

modifier le droit aux soins et à l'exonération. Elle permettra de réaliser des économies réelles et de mieux faire fonctionner la chaîne de responsabilisation.

M. Nicolas ABOUT, président - Avant que Claude Le Pen ne conclue, j'invite mon confrère Jean-Pierre Lorrain à poser sa question.

M. Jean-Louis LORRAIN - Je crois que nous vivons une situation d'urgence. Les constats ont été formulés depuis longtemps. Nous avons besoin de réalisations concrètes pour faire face aux trois milliards de dépenses annuelles. Il convient de renverser la tendance.

Des mesures ont certes été prises pour responsabiliser les acteurs. Les mesures concernant les médicaments génériques sont intéressantes, mais elles sont très insuffisantes par rapport à ce qui a été réalisé dans d'autres pays. Par ailleurs, *quid* de l'efficacité de la campagne sur les antibiotiques ? De telles opérations sont certes nécessaires pour corriger l'excès de consommation de médicaments, mais les consultations ne seront-elles pas ensuite multipliées du fait des échecs de traitement ? Nous devons certainement assumer un certain nombre d'effets pervers.

Le problème est que le périmètre de soins n'est ni opposable ni respecté. Les prescriptions bizonales relatives aux ALD sont perverties. Des mesures sont, par ailleurs, indispensables en matière de transport car les dérives dans ce domaine sont impressionnantes. Concernant la biologie en revanche, la profession a réalisé un effort important.

Par ailleurs, il est impossible de ne pas tenir compte de la problématique de la consommation de médicaments à l'hôpital. Lors d'un entretien avec M. Spaeth avant la présente réunion, il a été dit que les consommations de médicaments à l'hôpital n'étaient pas maîtrisées.

Des mesures liées aux comportements doivent également être prises. Tous évoquent l'efficacité et la régulation, mais *quid* du contrôle médical ? Ce dernier constitue une nébuleuse avec des caisses locales rapportant au niveau national. Des constats sont faits mais rien n'est mis en œuvre. Des coronarographies et des bilans sont prescrits dans certains établissements. 50 % des examens réalisés s'avèrent ainsi normaux alors que les bonnes pratiques recommandent un taux de 20 à 30 %. Des actions en matière de planification, de contrôle, voire de suppression de certains centres qui ne remplissent pas leurs fonctions sont nécessaires.

Tous semblent connaître la situation et les mesures correctives. Il est temps que l'on prenne le taureau par les cornes. Nous ne pouvons nous permettre de continuer ainsi ou d'augmenter la CSG tous les deux ou trois ans. La gouvernance est liée non seulement aux structures, mais aussi à la détermination du rôle des acteurs.

Mme Martine DURAND - Le constat est unanime, en France comme ailleurs. Comme M. Beau, je suis économiste. J'estime que sans incitations économiques appropriées, la réforme ne fonctionnera pas. C'est la raison pour laquelle j'ai mis l'accent sur la rémunération des médecins ou le ticket modérateur. Toutes les réformes consistant à introduire des incitations économiques ont eu des résultats probants.

M. Claude LE PEN - Je conteste votre observation monsieur le sénateur, la politique du générique en France est un succès. Le retard y a été assez rapidement rattrapé car des incitations ont été proposées aussi bien au bénéfice des pharmaciens en 1999 que des médecins de ville en 2002. L'utilisation du générique n'a pas été imposée, mais elle a été développée car les individus y ont trouvé un intérêt.

Le thème de la responsabilisation a un succès limité notamment parce que son évocation place d'emblée l'intervenant dans le camp des libéraux ou des ultra-libéraux.

Ce dernier est ainsi accusé de vouloir faire payer tout le monde et d'être un agent de l'impérialisme mondial. Ce thème s'oppose à celui de la solidarité. Cette opposition n'a pourtant pas lieu d'être. Elle est, en outre, fatale car elle renvoie à un discours rhétorique et qualitatif. A la réflexion, il est pourtant évident qu'il ne peut exister de responsabilité sans solidarité. La solidarité suppose que vous payez pour moi parce que je n'ai pas les moyens d'assumer un traitement très coûteux. Ce faisant, j'ai un devoir de responsabilité dans ma consommation de médicaments vis-à-vis de la communauté qui m'aide.

Je constate que, très attachés à la solidarité et au système par répartition, les Français semblent agir individuellement comme s'ils avaient réalisé une capitalisation. Leur comportement individuel s'oppose ainsi tout à fait à leur opinion en matière collective. Ils refuseraient, à juste titre, des comportements de capitalisation mais estiment avoir un droit de tirage dans la mesure où ils ont payé. En réalité, leur attitude est relativement consumériste. La différence entre gratuité et solidarité a été quelque peu oubliée. La gratuité ne donne pas le droit à disposer de soins ou des médicaments. La gratuité est due au fait que d'autres, les collègues de travail ou les compatriotes ont payé pour moi. En conséquence, le patient a un fort devoir de responsabilité qui est indiscutablement lié au devoir de solidarité. Je souhaitais souligner cet aspect afin d'élargir la perspective vis-à-vis du schéma rhétorique usuel.

Les outils de responsabilisation ne sont pas uniquement tarifaires. Néanmoins, il ne me semble pas pertinent d'évacuer complètement la réflexion sur le ticket modérateur. Il me semble que la gratuité a un effet pervers. Je ne suis pas certain que la gratuité soit réellement sociale. Si la gratuité aboutit à des comportements consuméristes fragilisant le système de solidarité, elle ne peut pas être considérée comme une avancée sociale. Cela peut paraître paradoxal mais je le maintiens. Il est frappant de constater que les contrats d'assurance complémentaires les plus luxueux et les contrats collectifs permettent à des cadres très aisés de bénéficier de la gratuité totale de leurs consommations pharmaceutiques. La gratuité n'est actuellement plus liée au statut ou au niveau de vie. Elle est surtout liée à la nature de votre contrat complémentaire. Si vous bénéficiez d'un contrat de groupe remboursant cinq ou six fois le tarif de responsabilité, vous jouirez du tiers payant intégral pour vos consommations pharmaceutiques alors que vos revenus vous situent dans les meilleurs déciles de la population. Il convient donc de réévaluer ces questions. Le rapport du Haut conseil a montré la manière dont la politique de remboursement devait être restructurante. Il s'agit, à mon sens, d'une piste fondamentale qu'il faut considérer avec sérieux.

La politique de réseau a été citée par M. Pascal Beau comme un moyen non tarifaire de responsabilisation. J'ai été impliqué dans ces expériences de fonctionnement coopératif du système de santé en réseau dès leur constitution. Le bilan de ces expériences n'a pas été tiré alors qu'il est positif pour certaines d'entre elles. La célèbre expérience du réseau Groupama est probante à cet égard. Ce réseau est constitué d'un cercle de qualité de médecins généralistes dont le fonctionnement a permis de réduire les coûts sans modifier, voire en améliorant la qualité de la prise en charge. Le fonctionnement coopératif est un des moyens de la responsabilisation. Il est tout à fait possible d'inciter les intéressés à intégrer les réseaux *via*, notamment, une politique de remboursement adaptée. Je considère que le remboursement doit être un outil pour encourager les comportements vertueux. La couverture du ticket modérateur ne doit donc pas être uniforme. Le Haut conseil estime qu'il convient de récompenser les comportements vertueux. Il ne faut donc pas que, dans ce cadre, le remboursement complémentaire rembourse les comportements qui ne le sont pas. Il convient donc d'adopter une approche sélective vis-à-vis des complémentaires.

Pour conclure, je souligne que la responsabilisation est une affaire collective. Etant dans une enceinte parlementaire, je souligne que la responsabilité est également du

ressort des responsables politiques. Ne faut-il pas s'interroger sur la responsabilité de certains élus qui défendent à tout prix une implantation hospitalière qui n'est pas toujours justifiée ? Je m'adresse à vous, mesdames et messieurs les sénateurs, faut-il aussi voter systématiquement des ONDAM que l'on sait être irréalistes ?

M. Nicolas ABOUT, président - Surtout lorsque les ministres attaquent immédiatement les ONDAM comme cela s'est déjà produit.

Nous sommes tous très attachés à l'Alsace-Moselle. J'invite donc Mme Printz à intervenir très brièvement.

Mme Gisèle PRINTZ - Je rappelle que c'est, en principe, le médecin qui prescrit les médicaments. Le patient prend les médicaments prescrits. Il ne peut choisir les médicaments.

M. Claude LE PEN - Toutes les études montrent qu'un échange a lieu entre le médecin et le malade. Le patient a donc une capacité d'influence sur le médecin, notamment à travers le choix de ce dernier. La Caisse primaire d'Alsace a réalisé une étude célèbre qui a montré que les médicaments hypnotiques pour dormir sont très majoritairement notés en fin d'ordonnance. Une fois que le médecin a rédigé l'ordonnance, le patient demande en effet souvent un médicament par exemple pour son conjoint qui dort mal. Je pense que l'influence du patient sur le médecin est assez forte.

Mme Gisèle PRINTZ - Je n'en suis pas convaincue.

M. Nicolas ABOUT, président - Les médecins qui interviendront lors de la seconde table ronde pourront répondre à vos interrogations.

M. Alain VASSELE, rapporteur - J'ai été frappé par le consensus parmi les intervenants. La boîte à outils présentée par Mme Durand est unanimement considérée comme étant efficace. Je m'étonne donc qu'elle n'ait pas été déjà utilisée. Monsieur Beau, puisque vous avez occupé des responsabilités importantes auprès du Gouvernement et au sein de la CNAM, savez-vous pourquoi cette boîte n'a pas été utilisée plus tôt ? La responsabilité en revient-elle uniquement aux politiques ou également aux partenaires sociaux et aux professionnels de santé ?

M. Nicolas ABOUT, président - Il serait souhaitable que vous puissiez répondre brièvement, quitte à apporter un complément par écrit.

M. Pascal BEAU - Je pense que nous avons déjà répondu. Il n'existe pas de volonté politique. Raymond Soubie pourrait poser la question. Historiquement, personne n'a voulu réformer l'assurance maladie. Tous les ministres reçoivent des interlocuteurs dont le principal objectif est d'obtenir un financement. Le conseil d'administration de la CNAM n'est pas unanime lorsqu'il convient d'agir. Ses interventions sont, en outre, décriées. L'engagement des professions de santé dans le processus de réforme est très mitigé, même si nous pouvons certes espérer un changement. Les assurés sociaux estiment, eux, qu'ils disposent d'un droit de tirage que les générations futures sont chargées d'assumer.

Table ronde réunissant MM. Jean-Gabriel BRUN,
vice-président d'Alliance,
Dinorino CABRERA, président du Syndicat des médecins libéraux (SML),
Michel CHASSANG, président de la Confédération des syndicats
des médecins de France (CSMF),
Pierre COSTES, président de MG-France
et Jean-Claude RÉGI, président de la Fédération
des médecins de France (FMF)
(mercredi 28 avril 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le rapporteur, quel thème souhaitez-vous que nous abordions en premier lieu ?

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Je rappelle simplement - même si tous nos invités le savent puisqu'ils sont des membres éminents du Haut conseil de l'assurance maladie - que les travaux du HCAAM ont permis d'établir une évaluation consensuelle du fonctionnement de notre système d'assurance maladie. Ces travaux ont été prolongés dans le cadre de huit groupes de travail technique, auxquels ont été associés les représentants des médecins. Cette phase de réflexion et de concertation a-t-elle permis de dégager des pistes de consensus sur les questions qui concernent directement les médecins libéraux ?

J'avais entendu Bertrand Fragonard indiquer que le Haut conseil n'avait été missionné que pour poser le diagnostic. Ce dernier a été considéré comme étant partagé. J'imagine que c'est à travers les groupes de travail que les propositions ont été amorcées. Nous aimerions savoir si des pistes ont été esquissées. Quel est votre sentiment sur celles-ci ?

M. Nicolas ABOUT, président - Je rappelle aux intervenants que la table ronde est enregistrée et sera diffusée sur la chaîne Public-Sénat. Je vous invite à réaliser des interventions concises plutôt que de longs discours qui pourraient être difficilement suivis par tous les spectateurs. Nous serons en revanche très heureux d'accueillir tout document complétant vos interventions.

M. Jean-Gabriel BRUN - Je me permets de commencer car je souhaite modérer les propos du sénateur Vasselle qui a présenté le diagnostic comme étant consensuel. Selon M. Fragonard avec qui j'ai pu converser longuement, les membres du Haut conseil ne représentent pourtant pas tous les corps concernés. En particulier, sont absents les médecins hospitaliers privés et publics ainsi que les professionnels du médicament. Ces derniers s'en sont d'ailleurs plaints. Ce qui a permis d'organiser une réunion complémentaire qui nous a permis de rencontrer l'éminente personnalité qu'est M. Fragonard. Ce dernier nous a précisé que les personnes écartées des réunions du Haut conseil l'avaient été par les services du ministre, M. Jean-François Mattei.

Une deuxième conférence a ainsi été organisée avec M. Fragonard. Le président du Conseil national de l'Ordre s'y est d'ailleurs également plaint d'avoir été écarté.

En outre, M. Fragonard nous a également avoué que l'hôpital public était absent. Aux quatre questions qu'il avait posées à l'hôpital public, quatre réponses fausses ont été données. Ce qui lui a permis de reprendre ce dossier.

Les acteurs précités n'ont donc pas pu faire partie des premières réunions. Cela nous a incité à ignorer les huit groupes de travail.

M. Jean-Claude REGI - A la suite du rapport du Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie, notre fédération a participé à tous les groupes de travail. Ces derniers ont d'abord réuni de nombreuses personnes dont la participation s'est au fur et à mesure considérablement réduite. Cette concertation a permis de dégager quelques pistes consensuelles dans des domaines essentiellement relatifs à l'amélioration de la qualité des soins.

En offrant un très large et égal accès aux soins, la sécurité sociale a joué une importante fonction de cohésion sociale. Au-delà de nos débats sur les causes conjoncturelles ou structurelles du déficit, nous devons tous avoir à l'esprit qu'un million de chômeurs représente environ 6 milliards de recettes en moins et que 5 % des personnes couvertes par l'assurance maladie mobilisent 60 % des dépenses annuelles.

Les points positifs sur lesquels la Fédération des médecins de France participera de manière efficiente concernent :

- une meilleure coordination des soins par la mise en commun des différentes compétences s'articulant autour du patient pour lui faire bénéficier du meilleur soin possible ;
- un dossier médical partagé entre les professionnels avec les réserves de confidentialité et de respect du secret professionnel ;
- une formation professionnelle pluridisciplinaire réunissant outre les médecins des différentes spécialités, les autres intervenants autour du patient ;
- l'amélioration de la qualité des soins par une formation médicale continue efficace ;
- la mise en place de référentiels par l'ANAES ;
- une évaluation des pratiques professionnelles.

L'information du patient, propriétaire du dossier médical partagé lui permettra de mieux maîtriser les soins qui lui sont proposés.

Des points de divergence subsistent cependant concernant :

- la répartition géographique ;
- la lutte contre les abus ;
- la rémunération des médecins.

La FMF reste attachée à la liberté d'installation. Une meilleure répartition des professionnels sur le territoire national ne doit se faire que par des mesures incitatives et par une politique adaptée d'aménagement du territoire. La FMF reste attachée au paiement à l'acte qui est un des fondements du caractère libéral de l'exercice médical même si l'on doit envisager une rémunération complémentaire au paiement à l'acte par les tâches de coordination ou de prévention.

Par ailleurs, la définition des abus et des gaspillages n'a pas pu être précisée. Il nous paraît donc difficile de lutter contre lesdits abus et gaspillages sans identification et recensement préalable.

M. Pierre COSTES - Le sujet de la réforme de l'assurance maladie m'interpelle énormément car les sénateurs et les députés, tous les représentants élus nous interrogent comme si les experts ou les acteurs étaient les décisionnaires politiques. Je rappelle que tous (experts, techniciens, membres des associations familiales) étaient impliqués pendant des années dans la réflexion concernant la prévention routière pour éviter l'hécatombe sur nos routes. Finalement, sans que nous sachions pourquoi, les outils définis ont pu être utilisés. La source se trouve probablement dans une décision politique entendue par les acteurs.

La dernière question lors de la table ronde précédente était de savoir quels étaient les obstacles à la mise en œuvre des outils définis. M. Beau a répondu que le ministre recevait des plaignants et des demandes de budget sans, en réalité, parvenir à arbitrer. Nous allons présenter des propositions techniques mais elles sont déjà toutes connues notamment grâce au rapport du Haut conseil. Comme citoyen, patient et soignant, j'attends que les élus assument les responsabilités dont ils ont hérité depuis les ordonnances de 1995 et 1996. Il ne s'agit pas de la sécurité routière mais de la sécurité sociale. La boîte à outils est disponible. Mesdames et messieurs les sénateurs, quand passerez-vous à l'acte en assumant votre responsabilité politique et démocratique ?

Le Haut conseil a posé des règles de base consensuelles. Il a constaté l'anarchie et l'indifférenciation du système de santé français. La gouvernance et les parcours de soins doivent être améliorés notamment grâce à des protocoles. Il convient probablement d'indiquer aux usagers et aux malades que le mode d'emploi médicalisé est mieux remboursé.

Toutes les pistes simples et de bon sens ont été présentées mais le Haut conseil ne s'est pas prononcé sur les remèdes puisque, pas plus que les catégories ou les ateliers, ses membres n'ont à assumer la responsabilité politique de décider ou d'édicter des mesures. Il ne s'agit pas de légiférer sur tout mais de montrer que le pays souhaite fonder un système de soin solidaire garantissant l'accès de tous aux soins *via* un protocole médicalisé. Nous souhaitons que vous instauriez cela. Nous pouvons vous en donner les moyens. L'un d'eux est d'établir une cohérence entre la médecine de ville et l'hôpital. Le champ de compétences des acteurs conventionnels ne s'étend cependant pas à l'hôpital. Il convient de faire un choix. La loi ou le système de gouvernance doivent instituer cette cohérence ainsi qu'une responsabilité unique. Sans cela, vous ne pouvez demander aux différents acteurs de trouver une solution à un système bancal.

Des remarques ont par ailleurs été émises quant au coût des médicaments. Je souligne que c'est l'État qui négocie avec les firmes pharmaceutiques et qui fixe les prix des médicaments. L'assurance maladie et les acteurs sont considérés comme les boucs émissaires et les responsables de trop nombreuses prescriptions. Les médecins ne prescrivent pourtant pas plus de médicaments qu'il y a dix ans. En réalité, les médicaments coûtent simplement plus chers. Il est ainsi demandé aux médecins de faire face au marketing de l'industrie pharmaceutique. Mais quelle alternative, quels outils leur sont proposés ? En outre, les médecins s'engagent avec les médicaments génériques en DCI (dénominations communes internationales) alors qu'il n'existe pas une base référentielle de médicaments qui ne soit pas commerciale. Depuis deux ans, les médecins réclament une base publique pour pouvoir assumer cette responsabilité vis-à-vis des génériques.

Comme pour la sécurité routière, le système doit basculer à un moment donné. Je pense que le moment est peut-être venu pour vous de prendre vos responsabilités. Quelqu'un vient d'évoquer la rue. Je crois que les professionnels, les usagers et la population sont prêts pour ces modes d'emploi médicalisés. A titre d'exemple, je vous rappelle que la visite à domicile dont le remboursement est médicalisé avec un

déremboursement de la visite traditionnelle était considérée comme vouée à l'échec du fait d'une probable réaction de l'ensemble des patients du Nord. Ces derniers bénéficient en effet surtout d'une consommation à domicile. Le Nord ne s'est pourtant pas insurgé contre cette mesure. Les élus n'ont pas eu à assumer le déremboursement de certains soins à domicile. Des manifestations auraient peut-être eu lieu s'ils avaient eu à le faire. Vous nous avez autorisé à instaurer cette mesure de manière conventionnelle. Il est donc possible de mettre en place des mesures adaptées concernant les médicaments, la cohérence entre la ville et l'hôpital si nous disposons des outils opérationnels et de gouvernance idoines. Tant que l'État ne nous permet pas de disposer par exemple d'une base publique en matière de médicaments, nous pouvons nous dire que la volonté de maîtriser les dépenses liées aux médicaments n'est pas si forte.

Je crois que le moment est venu. De nombreux outils sont disponibles. Leur mise en œuvre dépend de l'impulsion politique qu'il vous revient de donner.

M. Michel CHASSANG - Je vous remercie de nous accueillir. En préambule, je souhaite faire remarquer que de nombreux ateliers ont déjà été organisés. Depuis mon entrée en fonction en 1993, j'ai participé à de nombreuses commissions. Je pense que nous avons abordé tous les aspects du sujet.

Néanmoins, c'est avec beaucoup de plaisir que j'ai participé aux travaux du Haut conseil dont je partage le diagnostic. Le Haut conseil a noté que le système était mal géré. Ce constat est important à connaître mais il ne constitue pas une surprise. Il a également mis en lumière un élément qui n'a pas été suffisamment rapporté : la très grande insatisfaction des professionnels de santé et en particulier des médecins. Vous pouvez observer ici ou là divers mouvements de contestation qui émaillent la vie conventionnelle. Les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé sont, c'est le moins que l'on puisse dire, relativement houleuses. Cela a été le cas en 2002 lors du conflit des médecins généralistes et aujourd'hui avec les médecins spécialistes. Le système est non seulement mal géré et critiqué par de nombreux acteurs mais il entraîne en outre un gouffre financier sans précédent puisque le déficit avoisinerait 14 milliards d'euros selon le ministre.

En outre, nous nous réjouissons que ce diagnostic ait été posé car nous reprenons à notre compte le fait qu'il faille agir à plusieurs niveaux et non plus se contenter, comme jusqu'à présent, d'alimenter un bateau qui prend l'eau de toutes parts ou d'y poser des rustines successives. Il convient de restructurer, de revoir le périmètre de prise en charge et évidemment d'introduire des mesures financières non seulement pour éponger le déficit passé mais aussi pour pérenniser le dispositif. Il ne m'appartient pas de me prononcer à cet égard. Vous en êtes les responsables.

Ensuite, nous saluons le fait que le rapport du Haut conseil ait tourné le dos à la maîtrise comptable en faveur de la maîtrise médicalisée. Nous luttons contre le principe de maîtrise comptable depuis 1995. Nous ne refusons pas de prendre nos responsabilités. Nous ne nous opposons pas à cette forme de maîtrise par dédain de l'économique mais parce que la méthode ne nous convient pas.

Enfin, nous sommes heureux que la prise en compte de ce rapport puisse permettre de mettre fin à la culpabilisation permanente des professionnels. Ces derniers ont certes une part de responsabilité mais ils ne sauraient endosser seuls tous les maux du système.

Notre insatisfaction majeure est fondée sur le fait que les mesures proposées dans le rapport concernent presque exclusivement la médecine libérale et très peu la médecine hospitalière. Nous n'avons aucune critique particulière à formuler vis-à-vis de nos collègues hospitaliers. Nous n'avons pas non plus de critique ou d'opposition

particulière vis-à-vis du système hospitalier. Ce dernier nous rend les plus grands services. Toutefois, le poste hospitalier représentant plus de la moitié des dépenses, ne pas en tenir compte serait totalement improductif et constituerait pour nous une provocation. Nous ne pensons pas que ce soit la bonne méthode. Je répète que la médecine libérale ne saurait être la variable ajustable de l'hôpital. Au risque d'aller vers un échec certain, il ne faut pas commencer par évaluer les besoins de l'hôpital avant d'attribuer le reste à la médecine de ville.

Nous pensons en effet qu'une réforme est nécessaire. Les médecins sont prêts à s'y engager pour peu qu'ils disposent d'une certaine visibilité. Je me souviens avoir été auditionné ici l'année dernière sur le même sujet. J'ai l'impression de me répéter par rapport à cette première audition mais rien n'a toujours été fait entre temps à l'exception du rapport du Haut conseil. Le temps presse. Il faut absolument réformer. Nous y sommes prêts si nous pouvons disposer d'une certaine visibilité quant à l'avenir mais cela ne semble pas être le cas actuellement. Peut-être est-ce une erreur de perception des médecins. En tout cas, ils ignorent en particulier la place que l'on entend donner à la médecine libérale en France. Cette question est fondamentale.

M. Dinorino CABRERA - Au risque d'être provocateur, je signale que les médecins sont en effet prêts à s'engager dans la réforme mais il est illusoire de penser pouvoir réaliser 14 milliards d'euros d'économies. Cela doit être clairement établi. En tout état de cause, le système doit être amélioré. Diverses propositions ont été faites. Nos propositions d'axes pour la réforme ont d'ailleurs été adressées ce jour aux sénateurs par courrier électronique.

Pourquoi rien n'a-t-il été fait pendant des années ? Cela est peut-être dû au fait que le système n'est pas si mauvais, que les assurés sociaux et les patients y trouvent avantage et peut-être aussi parce que les recettes ont été mal adaptées aux dépenses. Décider d'augmenter indéfiniment les dépenses constitue un autre débat. Je pense qu'il convient de les maintenir ou de les maîtriser. L'impression de gratuité augmente en effet le consumérisme. Je crois qu'il est temps de clarifier la situation et de demander à chacun de soigner et de consommer à bon escient. Nous verrons ultérieurement comment. En tout cas, le manque de recettes des dernières années est évident. Il a été dit lors de la précédente table ronde que des ONDAM avaient été votés tout en sachant qu'ils n'allaient pas être respectés. L'on savait pertinemment que des ONDAM de + 2 ou + 2,5 étaient impossibles à atteindre. Les déficits se sont accumulés. J'insiste à cet égard car les déficits étaient tels que tous s'interrogeaient sur la manière de les combler. Une économie de un ou deux milliards était peut-être possible en restreignant les patients et les médecins mais cela reste insuffisant. Le constat de tels déficits est relativement démobilisateur. Il faut adapter les recettes aux dépenses et réfléchir à la justification ainsi qu'à la prise en charge collective (ou non) de ces dernières. Le débat doit être approfondi à cet égard. Chacun doit se sentir concerné : les responsables syndicaux, les médecins et les assurés sociaux dont l'attitude consumériste doit être limitée.

Je regrette le manque de mobilisation des responsables des caisses d'assurance maladie durant ces derniers mois. J'ai déjà eu l'occasion de le dire et je souhaite le souligner. Je trouve condamnable que dans notre pays, alors que les déficits sont si importants, les intéressés ne se soient pas réunis 24 heures sur 24 pour aboutir, comme pour l'UNEDIC, à un minimum de résultat. Ce manque de négociation doit être dénoncé. Il faudra par conséquent que la prochaine gouvernance prévoie une pression tant sur les professionnels de santé que sur les caisses d'assurance maladie. Nous ne voulons plus être les seuls à supporter le poids de la responsabilité en cas d'échec.

Lorsque les honoraires sont bloqués, les médecins répondent à la demande ne serait-ce que pour équilibrer leur entreprise médicale. Le mode de fixation des

honoraires des médecins doit être revu. La complémentarité entre les différents acteurs et domaines (généralistes et spécialistes, ville et hôpital) doit être favorisée. Un malade n'appartient ni au généraliste ni au spécialiste ni à l'hôpital. La complémentarité est nécessaire entre ces acteurs. Elle peut être instaurée *via* le dossier médical informatisé. Je rappelle que l'expérience du carnet de santé a été malheureuse. Le recours à l'électronique constituera un progrès. Dans ce cadre, la confidentialité des informations est très importante, non parce que nous avons des choses à cacher mais parce que nous ne souhaitons pas que tout soit connu du malade. Certains diagnostics peuvent faire peur. Le dossier médical partagé est nécessaire. En outre, nous réclamons en vain depuis une dizaine d'années une véritable politique de standardisation des logiciels. Sans compatibilité entre tous les logiciels, le dossier médical partagé sera un échec. Le partage d'information entre les médecins de ville et de l'hôpital peut pourtant très facilement se faire notamment *via* une clé USB contenant un dossier crypté propre à chaque malade.

Pour conclure, le diagnostic est en effet consensuel. Il convient maintenant de déterminer le chemin à suivre. Je crois que chacun doit prendre sa part de responsabilité :

- les élus en définissant des recettes adaptées aux dépenses (en essayant de bien définir les dépenses qui doivent relever de la solidarité collective) ;
- les professionnels en recherchant constamment l'efficacité (notamment grâce à la coordination des soins, au dossier médical partagé) ;
- les assurés sociaux en se responsabilisant et non par la culpabilisation même si en France, responsabilisation et culpabilisation sont souvent enchevêtrées.

Les patients ne doivent pas recourir aux médecins sans raison valable. Les prescriptions et les non-prescriptions doivent leur être expliquées. Habituellement en effet, une non-prescription est interprétée comme un manque d'attention du médecin. Il est indispensable de valoriser le conseil et la non-prescription.

Enfin, je considère que la recherche d'efficacité est la seule contribution possible des professionnels de santé. Il est hors de question d'imposer aux médecins de s'installer en un endroit. Toutefois, il convient de faire comprendre aux jeunes bacheliers qu'ils ne pourront pas s'installer indéfiniment à leur gré où ils le souhaitent parce qu'une harmonisation est nécessaire. L'accroissement du nombre de médecins en formation, leur concentration augmentera les dépenses de santé de manière exorbitante en une région tandis que d'autres manqueront de médecins. Des mesures incitatives, une régulation et l'information des étudiants sont nécessaires à cet égard. Je pense que la profession porterait une lourde responsabilité si elle fuyait l'information aux bacheliers.

M. Nicolas ABOUT, président - La responsabilisation est certainement nécessaire. Vous plaidez également pour la liberté d'installation. Vous invitez par ailleurs les politiques à prendre leurs responsabilités. Vous conseillez d'avertir les jeunes qu'ils ne pourront pas s'installer là où ils le souhaitent. Vous prônez des mesures d'incitation. Tout cela est-il cohérent ? Faut-il que certains prennent des décisions tandis que vous continuez à agir à votre gré ? L'incitation devra certainement être très puissante pour persuader quelqu'un de s'installer dans un endroit qu'il n'aime pas. Il me semble qu'un *numerus clausus* d'installation pourrait être utile.

M. Dinorino CABRERA - En disant cela, une organisation professionnelle prend des risques. Il est évident qu'il faut dans un premier temps des mesures incitatives. Les mesures restrictives sont évidemment ensuite indispensables.

M. Nicolas ABOUT, président - Je m'adressai également au docteur Régi qui déclarait vouloir maintenir la liberté d'installation.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Je rappelle à chaque occasion que le déficit est réel mais qu'il convient de relativiser nos observations et ne pas faire de la sécurité sociale l'origine de tous les maux financiers du pays. Le déficit du système de santé est qualifié d'abyssal et d'exceptionnel. Comment qualifieriez-vous le déficit du budget de l'État qui s'élève à 60 milliards d'euros ?

J'ai cru comprendre à travers les cinq interventions précédentes que les solutions avaient été avancées depuis des années lors de différents groupes de travail mais que leur mise en œuvre a été empêchée par l'absence de volonté politique. L'ensemble des personnels de santé s'accorde-t-il sur la pertinence et le mode d'utilisation de la boîte à outils ? Les partenaires sociaux et les gestionnaires de l'assurance maladie (représentants des syndicats et du patronat) sont-ils également unanimes à cet égard ? Il serait d'autant plus facile pour les politiques de prendre l'initiative de la réforme si la réponse à ces deux questions était positive. Ma préoccupation, qui semble aussi être le souci du gouvernement, est de recueillir un consensus aussi large que possible en amont avant de s'engager dans la réforme. Cette dernière ne peut en effet réussir que si l'ensemble des acteurs adhère au moins aux grands principes fondamentaux.

M. Pierre COSTES - J'ai perçu une contre provocation à ma provocation. J'ai exhorté les politiques à prendre leurs responsabilités et ces derniers demandent l'unanimité préalable des professionnels de la santé avant d'engager une réforme. C'est une juste démarche en démocratie.

Au-delà de la boutade, je crois qu'un consensus existe en effet dans tout le pays comme le montrent le rapport du Haut conseil et le comportement de la population. Si le déficit de la sécurité sociale n'a jamais été un moteur de la réforme, l'appropriation générale du fait qu'il existe un moteur économique et un moteur qualitatif de progrès impliquant chacun dans une responsabilité partagée grâce notamment à un mode d'emploi médicalisé, un référentiel conditionnant les niveaux de remboursement des patients et opposant les professionnels dans des critères de qualité constitue une voie de réforme apaisée. Cela concernerait également les partenaires sociaux. A la limite, les professionnels de santé auraient la même valeur d'honoraires quel que soit le niveau de remboursement du patient. Jusqu'à aujourd'hui, la sécurité sociale garantissait absolument tout à la population. La sécurité sociale gérée par les partenaires sociaux décide actuellement de ne plus agir ainsi sans pour autant instaurer le déremboursement ni un recul. La sécurité sociale a réalisé le premier pas dans ce sens concernant la visite à domicile. Cette mesure est certes microéconomique mais elle reste un modèle. Concernant le principe que sur une base médicale, le ticket modérateur doit varier selon l'existence ou non d'un référent médical, l'obstacle principal était non les professionnels mais les partenaires sociaux qui craignaient de retirer des droits aux patients. L'élément moteur pour le Haut conseil, les professionnels, les partenaires sociaux et probablement pour les élus n'est pas de réaliser des économies du fait du déficit mais de faire progresser la garantie de qualité pour les usagers. C'est ce moteur de progrès de la garantie qui a constitué le moteur des partenaires sociaux. Pour les médecins, l'assurance maladie est la garantie de qualité. Vous serez soutenus par la population si vous initiez une réforme destinée à faire progresser la garantie.

La circulation de l'information doit être garantie. Tous les Français savent que les dossiers sont disséminés. Il ne s'agit pas uniquement du dossier médical partagé. Actuellement, personne n'a de dossier médical en France. Un dossier médical suit pourtant chaque patient dans certains pays. En France, des fragments de dossier médical sont éparpillés selon les épisodes de soins. J'ai 54 ans, des informations médicales ont été enregistrées dans la clinique dans laquelle j'ai été opéré d'une hernie à six ans, d'autres dans l'hôpital de la région où j'ai passé des vacances... En plusieurs décennies

de vie, un individu a eu l'occasion de fréquenter de nombreux lieux et d'y laisser des morceaux de dossier médical. Il convient de garantir la circulation de l'information avant de décider du choix du support du dossier.

Les délais de prise en charge peuvent également être améliorés et garantis. Ni les soignants ni les patients ne sont satisfaits à cet égard qu'il s'agisse de l'attente au service d'urgences (tellement médiatisée par les porte-parole que tous connaissent), pour pouvoir réaliser un examen ou pour accéder secondairement à un médecin spécialiste. Vous savez qu'aucune garantie n'existe en la matière et qu'il vaut mieux connaître le secrétaire d'un professeur pour avoir un rendez-vous plutôt que d'avoir un rendez-vous par l'intermédiaire du médecin traitant.

Ensuite, une garantie sur les tarifs est nécessaire. Elle paraît en effet moindre par rapport à celle qui prévalait il y a quelques années. Des progrès sur les tarifs non dépassés peuvent être faits avec de meilleures valeurs pour les professionnels dans le cadre d'un cahier de charges équitable. La qualité du système de soins peut être garantie en l'organisant. L'offre multiple est inorganisée et ne dispose pas de mode d'emploi ni de lisibilité. Toutes ces mesures valent pour la médecine ambulatoire comme pour la médecine de ville.

Vous nous provoquez sur la liberté d'installation mais vous ne pouvez réguler ce domaine sans un certain nombre de préalables. Si vous distinguez les soins primaires des soins secondaires, si vous intégrez l'offre libérale et l'offre publique, l'offre hospitalière et l'offre privée, si vous avez une vision globale d'un système organisé avec des soins primaires identifiés, des protocoles et des références d'accès aux soins encadrés avec des garanties nouvelles, la population vous soutiendra. Je crois que c'est ce qui est espéré. Concernant le déficit, il est tout de même incroyable d'investir de telles sommes dans un système commun qui ne satisfait ni les professionnels ni les services publics ni les patients ni les politiques.

M. Michel CHASSANG - J'ai bien entendu la remarque et la question d'Alain Vasselle. Vous savez bien que nous sommes prêts à nous engager dans une démarche responsable. Entre 1993 et 1995, deux intervenants présents ici l'ont d'ailleurs prouvé. Comme plus personne ne s'en souvient, j'ai plaisir à rappeler que la première maîtrise médicalisée fondée sur les références médicales opposables tirait parti d'un dossier médicalisé unique tenu par le médecin généraliste. Ce dispositif était assorti de pénalités à l'encontre des médecins contrevenants. Tout cela a été envoyé aux orties en 1995 mais ce système a fonctionné entre 1993 et 1995. Lorsque nous sommes arrivés aux affaires en 1992 et 1993, les dépenses d'assurance maladie croissaient comme actuellement. Le docteur Cabrera et notre organisation avaient à l'époque signé une maîtrise médicalisée assortie d'un objectif de dépenses de 3,4 % pour l'année 1994. Les dépenses ont augmenté de 1,9 % pour le régime général et 1,6 % pour tous les régimes. Ce n'était sûrement pas un échec. En 1995, les dépenses ont progressé d'environ 4 %. Nous n'avions pas souhaité attendre ces résultats encourageants pour mettre en place la maîtrise médicalisée. Nous avons d'ailleurs l'un et l'autre durement payé cette mesure. Nous avons en effet été lourdement sanctionnés durant les élections par les médecins qui n'ont commencé à admettre ce dispositif qu'en 1994. Il est dommage que ce système ait été arrêté en 1995 alors que les progrès auraient pu être étendus.

Je pense que nous avons perdu neuf années. Pour rattraper ces années, outre la bonne volonté des dirigeants syndicaux, il faut également non seulement que les organisations syndicales (et particulièrement les organisations majoritaires) suivent mais aussi les médecins sur le terrain. Il n'est peut-être pas trop tard pour réagir aujourd'hui mais il faut faire vite. Les médecins de base ne font plus confiance au système conventionnel qu'ils vivent comme un fardeau. Cela ne devrait pourtant pas être le cas.

Le sens originel du système conventionnel était d'instaurer une médecine libérale et sociale permettant aux patients d'avoir accès à des soins de qualité et aux médecins d'être correctement rémunérés. Ceux qui ont contracté à ce système 33 ans auparavant, chiffre symbolique en médecine, pensent avoir été trompés. Mon syndicat qui, contre vents et marées, a soutenu le système conventionnel au prix d'un schisme, a l'impression d'avoir été volé car le système ne donne pas satisfaction. Nous sommes tous responsables de cette évolution mais je pense que les dirigeants de l'assurance maladie portent une très lourde responsabilité en particulier en 1995 où les relations se sont considérablement tendues. Vous en avez la preuve lorsque vous rencontrez les médecins dans vos circonscriptions. Je considère que cette tendance n'est pas irréversible mais il convient d'agir rapidement, de nous faire confiance et de nous donner des gages pour que nous puissions avancer.

Trouvez-vous normal que la valeur individuelle des actes des médecins en secteur 1 soit la même en 2004 qu'en 1995 ou en 1993 notamment pour les chirurgiens ? Trouvez-vous normal que dans un contrat conventionnel censé être équilibré, si la partie médicale ne signe pas le contrat proposé, tous les médecins se trouvent pénalisés par l'instauration du règlement conventionnel minimal qui introduit une moindre prise en charge des cotisations sociales ? Cela signifie qu'un des partenaires est automatiquement pénalisé s'il n'existe pas d'accord entre les deux parties. Cela peut même encourager les caisses d'assurance maladie à ne pas signer le contrat puisqu'elles réalisent ainsi des économies. En réalité, elles croient réaliser des économies à court terme. Non seulement elles ne revalorisent pas les honoraires comme elles devraient le faire régulièrement mais en outre, elles prennent moins en charge les cotisations sociales des médecins de secteur 1. Ces derniers sont pourtant ceux qui respectent le plus le contrat conventionnel social et libéral. Je peux citer d'autres exemples. Il convient de prendre une autre direction. Vous ne ferez pas de médecine sans médecins. Vous ne ferez pas de maîtrise médicalisée sans médecins. Ces derniers peuvent encore être impliqués mais il faut agir vite et leur faire des propositions adéquates.

M. André VANTOMME - Je suis reconnaissant à M. Cabrera d'avoir rappelé que le déficit est la contraction des recettes et des dépenses. Même si nous étudions spécifiquement les dépenses actuellement, nous devons savoir qu'une réflexion sur les recettes est également nécessaire. Il n'y a pas si longtemps, lorsqu'une politique de l'emploi différente était menée, les comptes de la sécurité sociale étaient équilibrés.

M. Nicolas ABOUT, président - Vous avez fait plaisir à M. Chabroux. Je vous invite maintenant à poser votre question.

M. André VANTOMME - Les docteurs Costes et Chassang ont abordé le thème des rapports entre ville et hôpital et ont soulevé la question de la place de la médecine libérale dans le pays. Dans ma ville de 10.000 habitants dont je présidais le conseil d'administration de l'hôpital, le directeur de l'hôpital devait user de ruses de sioux pour intéresser les médecins de ville au fonctionnement de son établissement. J'ai le sentiment que nos concitoyens considèrent l'hôpital comme un refuge face à une médecine libérale qui semble avoir été très influencée par l'adoption de la loi sur les 35 heures et qui donne à la limitation du temps de travail une place particulière. Nos concitoyens vont chercher à l'hôpital les réponses urgentes qu'ils ne trouvent plus auprès des médecins de ville.

M. Nicolas ABOUT, président - La question n'est peut-être pas de savoir si le médecin de ville travaille 35 heures mais de constater qu'il n'accepte plus de travailler 60 ou 70 heures.

M. André VANTOMME - Monsieur le président, je n'ai pas porté de jugement de valeur. J'ai simplement constaté une évolution.

Hormis le dossier médical électronique partagé, quelles sont les autres pistes susceptibles d'améliorer les liens entre les médecins de ville et ceux des hôpitaux ?

M. Gilbert BARBIER - Comment M. Cabrera peut-il dire que les recettes doivent être adaptées aux dépenses ? Cette réflexion est-elle celle d'un représentant d'un syndicat médical ou celle d'un citoyen notant que la compétitivité du pays est mise en jeu par les dépenses sociales ou publiques ? Je considère que ce n'est pas en augmentant les recettes à l'infini, c'est-à-dire les cotisations, que nous pourrions faire face aux dépenses.

Il ne s'agit pas de restreindre les dépenses de santé en tant que telles mais de circonscrire le remboursement public des dépenses de santé dans la limite de prise en charge notamment des personnes les plus défavorisées. Aucun d'entre vous n'a évoqué cet aspect. Je crois que les dépenses publiques de remboursement doivent être contrôlées.

Ma question vous fera certainement sourire mais je la poserai tout de même. Les médecins libéraux peuvent-ils présenter aux pouvoirs publics un document unique ? Je suis moi-même médecin. Nous avons l'impression de nous trouver face à des organisations syndicales qui surenchérisent. Seul M. Chassang a précisé avoir perdu beaucoup d'adhérents à la suite de son engagement en 1993. Un certain nombre de documents que les syndicats diffusent illustrent notamment cette surenchère. Peut-être auriez-vous intérêt à présenter une plate-forme revendicative unique ?

M. Nicolas ABOUT, président - Les thèmes de discussion sont : « l'hôpital refuge », les recettes et les dépenses ainsi que la position syndicale commune.

M. Dinorino CABRERA - J'ai indiqué que l'importance des déficits était due à la mauvaise adaptation des recettes. Je l'ai évoqué, l'enjeu est de déterminer ce qu'il faut ou non prendre en charge. Je ne préconise pas d'augmenter les recettes à l'infini mais de les adapter aux dépenses et ainsi de préciser ce qui doit, ou non, être couvert.

Je ne développerai pas de réponse quant à la plate-forme syndicale commune car il serait facile de rétorquer que les politiques devraient également s'entendre entre eux sur l'assurance maladie.

Par ailleurs, nous demandons l'application de nombreuses mesures prévues dans la boîte à outils. Michel Chassang a rappelé la maîtrise médicalisée instaurée en 1993 et le respect durant deux années successives des objectifs et ce, de manière totalement hasardeuse. Actuellement, nous ignorons ce que nous prenons en charge. Le niveau de prise en charge doit pourtant être différencié. Je pense en effet que la prise en charge du patient gravement malade et du patient souffrant d'une maladie plus courante doit être différente.

Les médecins sont prêts à œuvrer pour l'efficacité, pour la coordination des soins. Notre organisation professionnelle a même fait part de sa réflexion sur la modération - et non la baisse - des activités. Pour qu'un médecin puisse aujourd'hui s'en sortir, il faut qu'il réponde à toutes les demandes. Monsieur Vantomme, nous ne sommes pas aux 35 heures. Le syndrome des 35 heures nous a certes alerté. Il faut rappeler que le financement des 35 heures nous a été opposé concernant l'augmentation de nos honoraires. Cela a été insupportable. Pour gagner normalement leur vie, les médecins doivent ainsi réaliser un nombre d'actes quotidiens indécent. Ils ont donc du mal à répondre à certaines demandes. En conséquence, les malades dont le consumérisme se développe, se tournent vers celui qui est ouvert 24 heures sur 24 et sans aucun contrôle. La médecine de ville doit certes être régulée mais rien ne sera réglé si l'hôpital n'est pas non plus responsabilisé. Nous voulons bien coordonner le système, lutter contre les visites non justifiées, éviter que des actes nocturnes ou de week-end soient réalisés mais

les dépenses ne seront pas régulées si le patient se rend à l'hôpital. Il convient d'instaurer cette responsabilisation sans culpabiliser qui que ce soit afin que la consommation soit la meilleure. Il nous appartiendra de définir ce qui peut être pris en charge par la collectivité. Ce qui ne le sera pas sera assumé par l'individu ou les régimes complémentaires. Mes propos ne visent absolument pas à culpabiliser qui que ce soit.

M. Michel CHASSANG - L'hôpital et la ville qui cohabitent sans se connaître doivent en effet apprendre à travailler ensemble. Je rappelle qu'on a tout fait pour diviser ces deux mondes. Tout a été fait pour mettre dehors les praticiens de ville exerçant à l'hôpital au nom du sacro-saint temps plein hospitalier. Je pense que c'était une grande erreur. Il aurait fallu maintenir les temps partiels qui, d'ailleurs, reviennent car ils permettent d'avoir une interface entre médecine de ville et médecine hospitalière. Il est vrai que ces deux mondes évoluent parallèlement sans presque jamais se rencontrer sauf à l'occasion de quelques épisodes de soin.

Nous savons en outre combien il est difficile pour les médecins de terrain de réussir à contacter un médecin hospitalier au téléphone, d'obtenir des renseignements sur un malade et d'avoir un rapport de sortie. C'est la raison pour laquelle nous militons pour la création du dossier médical. Je suis syndicaliste depuis 17 ans, cela fait 17 ans que l'on parle de ce dernier. La loi de janvier 1994 avait institué un dossier médical pour tous fondé sur les informations fournies par l'ensemble des intervenants, y compris l'hôpital. Le secret médical était en l'occurrence garanti puisque de lourdes peines d'amendes et d'emprisonnement étaient prévues à l'encontre des contrevenants. Ce dispositif qui ne demandait qu'à vivre a été abandonné en 1995 pour être remplacé par le carnet de santé dont vous connaissez le devenir quand les Français ne l'ont pas confondu avec un objet publicitaire et jeté. Il s'agit-là d'un autre problème.

Il faut créer un dossier médical moderne non pour surveiller quiconque mais pour garantir une traçabilité des patients dans le système de soins. Les transferts entre la médecine de ville et l'hôpital sont en effet très nombreux et se développent de plus en plus. Alors que les durées de séjour ne cessent de diminuer, alors que l'on parle de plus en plus d'alternatives à l'hospitalisation, alors que les gens restent chez eux pour mourir, alors que la chirurgie ambulatoire se développe, il me semble incongru que l'on n'évalue pas la part de l'hôpital dans l'ensemble du système de santé. Je trouve cet état de fait indécent.

Originaire du Cantal qui est une région rurale, je trouve par ailleurs que le débat est complètement surréaliste concernant les hôpitaux de proximité. J'approuve ce qu'a écrit Bernard Debré ce jour dans Le Figaro. Je trouve anormal que les hôpitaux de proximité soient maintenus alors qu'ils sont situés à 20 minutes d'un grand centre hospitalier. A Paris, plus d'une demi-heure est nécessaire pour se rendre dans n'importe quel hôpital. Il faut peut-être améliorer les délais d'attente dans les grands centres. En tout état de cause, maintenir des systèmes artificiels pour des raisons extra médicales me paraît improductif et dangereux. En outre, aucun d'entre nous n'irait pas se faire soigner dans ces hôpitaux. Comment voulez-vous maintenir une maternité qui ne pratique que trois accouchements par semaine ?

Ensuite, je m'oppose à votre observation concernant les écarts de temps de travail entre les médecins hospitaliers et les médecins libéraux. Je vous rappelle que le temps de travail des médecins libéraux a constamment augmenté d'une demi-heure par semaine durant ces huit dernières années alors que la population française travaille quatre ou cinq heures de moins. Alors que le temps de travail de cette dernière s'est réduit de 39 à 35 heures, celui des médecins a augmenté de quatre heures par semaine durant les huit dernières années. Les médecins observent leur environnement et, la féminisation aidant, il est vrai qu'ils ne veulent plus travailler autant. Il est vrai qu'ils

rechignent aujourd'hui à remplir des tâches qui, jusque-là, leur paraissaient évidentes. La permanence des soins en est une illustration.

Par ailleurs, le résultat de la comparaison des revenus des médecins hospitaliers et des médecins libéraux n'est pas si évident.

Enfin, concernant la plate-forme syndicale, je me garderai bien de donner des leçons. Le monde politique ne constitue pas un modèle en la matière mais il est vrai que ce n'est pas une raison pour ne pas adopter une attitude modèle. Cela étant, je rappelle que certains syndicats sont majoritaires. Or, pratiquement tous les accords passés depuis 1995 ont été conclus avec des syndicats minoritaires. On ne peut pas accuser de division syndicale ceux qui passent des accords avec uniquement des syndicats minoritaires et s'étonnent ensuite de l'échec dans l'application de ces accords. En outre, lorsque l'on ne trouve pas de signataire parmi ceux qui négocient, un nouveau syndicat est déclaré comme étant représentatif, quelle que soit sa taille. C'est ainsi que les accords sont concrètement négociés. Certains syndicats représentent à la fois les spécialistes et les généralistes, certains représentent uniquement les généralistes tandis que d'autres ne représentent que les spécialistes tout en comptant en leur sein à la fois des généralistes et des spécialistes. Tout cela est absurde. Il serait judicieux de revenir à une représentativité unique des médecins avec des accords interprofessionnels solides. Il faut en revenir aux accords majoritaires. Un certain nombre de facteurs font que nous n'avons pas l'entière responsabilité d'une certaine division syndicale.

M. Nicolas ABOUT, président - Nous devons impérativement terminer nos débats à 12 heures 45.

M. le RAPPORTEUR - La deuxième question complémentaire concerne la gouvernance de l'assurance maladie. Parmi les pistes évoquées figure la création d'une structure regroupant l'ensemble des acteurs du système de santé. Considérez-vous et pouvons-nous considérer que les professionnels de santé ont vocation à participer à la gouvernance du système ? Le cas échéant, quelles seraient vos attentes et vos propositions en la matière ?

La dernière question concerne la responsabilisation des assurés. Comment les professionnels de santé pensent-ils pouvoir accompagner la responsabilisation des assurés ? Quelles mesures pourraient être envisagées pour associer les professions de santé à une politique de responsabilisation qui engloberait les assurés et les soignants ?

M. Dominique LECLERC - Je souhaite poser une question concernant la maîtrise médicalisée à la suite des réflexions de MM. Régi et Chassang. Concernant l'hôpital public, il me semble qu'on oublie que les compétences telles que les patients sont en droit de les exiger ne se trouvent pas tous les 50 kilomètres. En médecine, et plus que dans l'éducation nationale, il est impossible de travailler autrement qu'en réseau de compétences. Je pense qu'il est important de redéfinir la vocation des hôpitaux de proximité. On ne peut laisser réaliser des appendicites ou un accueil sans filtres. Je déplore que, comme je l'ai constaté aux urgences où j'intervenais comme pharmacien, l'on vienne à l'accueil d'un CHU un dimanche après-midi pour une constipation. On ne peut se rendre à l'accueil d'urgence d'un CHU pour une coupure au doigt. Il faut par conséquent redéfinir les fonctions et instaurer des filtres.

Ensuite, des transferts énormes ont eu lieu entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Si ces transferts n'étaient que financiers, nous pourrions les identifier mais vous oubliez un élément fantastique dans la société française actuelle : la responsabilité médicale. Je ferme la parenthèse à cet égard car elle est effrayante.

Par ailleurs, M. Chassang plaide pour que l'abandon de la maîtrise financière soit affirmé. Je crois que la maîtrise des dépenses est obligatoirement financière et

médicalisée. Je pensais qu'au-delà du dossier médical fragmenté, vous nous auriez suggéré d'autres pistes. *Quid* notamment du médecin référent et de la filière organisée ? *Quid* des médecins des contrôles médicaux des caisses locales ?

M. Jean-Pierre GODEFROY - Je représente le département de la Manche où nous rencontrons d'importants problèmes. A mon sens, le problème de la démographie médicale ne pourra être résolu que grâce à des mesures fortes et quasi obligatoires d'orientation. Il ne s'agit pas de pénaliser les régions qui sont déjà amplement couvertes par les médecins. Il convient en revanche, tout en maintenant le volume de médecins dans les zones où leur concentration est supérieure à la moyenne nationale, de les orienter vers les zones rurales. L'absence des médecins libéraux en milieu rural entraîne en effet une suractivité des hôpitaux. Vous regrettiez l'absence de relations entre la médecine libérale et les hôpitaux. J'ai présidé le conseil d'administration de l'hôpital de Cherbourg pendant plus de vingt ans. Ce dernier comprend une commission de la médecine libérale. L'enjeu est d'en connaître l'objectif, de savoir s'il existe de bons rapports et si les principaux acteurs le souhaitent. Tout cela dépend du président du conseil d'administration et des administrateurs. Des outils existent d'ores et déjà pour constituer des réseaux entre médecins libéraux et hospitaliers. Point n'est besoin de créer des outils supplémentaires. Les médecins libéraux sont présents au conseil d'administration et le dialogue peut être entamé.

Par ailleurs, comme élu local, j'ai eu à fusionner deux hôpitaux. Cette expérience a été très difficile vis-à-vis des médecins hospitaliers qui devaient changer de service. Je n'ai pas non plus bénéficié de l'aide des médecins libéraux présents. Pour le secteur de l'hôpital à réformer, ces derniers étaient partisans de défendre l'hôpital du canton plutôt que d'adopter une structure globale. Les reproches peuvent ainsi être réciproquement adressés.

Un maire rencontre en outre de nombreuses difficultés à organiser la garde le week-end. Je n'ai jamais réussi à réunir tous vos représentants afin de discuter des moyens de garantir la garde le week-end. Les patients ont donc recours à SOS médecins qui, par précaution et en l'absence de dossiers, adressent vers l'hôpital. J'ai vécu cela très souvent. Je conçois que les médecins libéraux souhaitent travailler moins. Il n'y a pas de raison que vous travailliez 70 heures alors que les 35 heures ont été imposées à l'hôpital mais même la médecine libérale doit respecter le service public de garde. Le problème de la garde doit être réglé pour décharger l'hôpital. Mon propos n'est pas d'accuser qui que ce soit. Je souligne comme élu local ce que je considère comme un dysfonctionnement et un manque d'harmonisation.

M. Jean-Claude REGI - Monsieur Barbier, nous avons toujours dit qu'il convenait de dissocier les honoraires des médecins des possibilités financières des caisses. Nous l'avons toujours revendiqué car l'on ne peut se satisfaire éternellement de bloquer des honoraires depuis une dizaine d'années et de constater que la chirurgie française se vide. Comment les chirurgiens pourraient-ils compenser ce blocage des honoraires ? Doivent-ils aussi multiplier les actes et opérer dix fois la même appendicite ? Cet enjeu est fondamental. Il convient de trouver une réponse à ce problème.

Concernant la gouvernance du système, Le Figaro du 24 avril rapporte les propos du ministre Douste-Blazy, médecin cardiologue. Ce dernier indiquait que le système souffrait non d'une mauvaise gestion mais d'une absence totale de gestion. Personne n'est responsabilisé. Nous partageons ce constat. Le ministre ajoute que : *« la gestion de l'assurance maladie ressemble à un bateau ivre où personne ne prend de décisions et où tous souhaitent accaparer les pouvoirs. Les relations avec les professionnels de santé sont devenues léonines. Les conventions sont arrachées au prix*

de compromissions et refusées par la profession d'une façon forte. Les contrats de pratique professionnelle ne sont pas négociés. Les sanctions viennent des caisses selon leur bon vouloir ou à un moment jugé le plus opportun. On le voit actuellement avec les sanctions s'appliquant aux médecins en rébellion. La situation est quasi insurrectionnelle. Des procès ont lieu dans toute la France. Dans les hôpitaux, personne ne sait ce qui revient à la production des soins et ce qui est consommé par la structure. Il faudra aussi que cela soit réglé un jour. Il faut que cesse la dichotomie ville-hôpital et que ce dernier présente une comptabilité claire. »

Quoi qu'il en soit, nous n'imaginons pas un nouveau système dans lequel tous les professionnels de santé seraient exclus de la gouvernance. Le problème pour les professionnels n'est pas tant de savoir s'il faut y participer ou non mais de trouver leur juste place dans un système devenu démocratique. Pour nous, la future gouvernance de l'assurance maladie ne peut se concevoir que dans le cadre d'une sécurité sociale solidaire. Elle ne saura se résumer à la gestion d'un budget et devra intégrer toutes les dimensions de la santé publique.

La gouvernance comporte au moins deux volets. Le premier volet est opérationnel et concerne la politique de santé, ses objectifs, ses priorités et l'organisation du système. Au plan opérationnel, les professionnels de santé sont déjà investis dans le système. En effet, les Unions régionales des médecins libéraux sont désormais les acteurs incontournables de la politique sanitaire à l'échelon régional. Il convient de renforcer leur rôle concernant notamment la permanence des soins et la reconstruction d'une médecine de qualité de premier recours. A l'échelon national, l'élaboration de la classification commune des actes médicaux, techniques et récemment cliniques a largement démontré que l'implication des médecins, quel que soit le mode d'exercice, libéral ou privé, pouvait être réel pour autant que le climat s'y prête. Pour l'avenir, notre centrale souhaite que la politique de santé publique soit discutée et construite avec les professionnels au sein de nouvelles structures (Haute autorité de la santé ou autre) en amont des décisions budgétaires. Elle demandera aussi à participer à toutes les démarches d'évaluation et de qualité des politiques et des actions engagées.

Le second volet est économique et financier et renvoie à un objectif qui nous semble strictement politique. Tous les politiques doivent reprendre la main. Notre centrale revendique la reconnaissance de la santé comme une fonction régaliennne prioritaire. Le choix en matière de priorité et d'objectifs de santé publique doit revenir aux politiques, une fois discuté au sein des instances déjà citées. La FMF est convaincue que les professionnels ne peuvent être juges et parties, sauf à courir le risque d'un conflit d'intérêt évident. Ils peuvent cependant avoir un rôle d'expert dans la définition du coût réel de la pratique pour donner sa pleine efficacité au plan de financement de la sécurité sociale. Ce dernier doit sans doute être réaménagé car on ne peut éternellement le fixer en se disant qu'on verrait bien plus tard. La gestion financière devra passer sous le contrôle de la représentation nationale.

Finalement, nous revendiquons une redéfinition des rôles de chacun et une implication forte des professionnels de santé dans tout ce qui concerne l'organisation des soins et tous les aspects opérationnels du système, les caisses n'intervenant pas du tout à cet égard à l'exclusion des procédures de contrôle.

Ces dernières observations me font penser que la situation est suffisamment grave pour que nous devions nous investir. Les professions de santé peuvent offrir des compétences, l'évaluation des pratiques, l'amélioration de la qualité des soins mais elles ne peuvent certainement pas intervenir dans le financement.

A notre sens, la responsabilisation des assurés passe par une sensibilisation sur leur comportement dans le système de soins. Il faut les éclairer sur les coûts. Le député

Savy avait réussi à établir la « feuille de soins vérité ». Il faut que les assurés soient informés des coûts. La santé n'étant pas un bien de consommation, les assurés doivent devenir des acteurs responsables de leur santé. Cette sensibilisation peut consister en des campagnes d'information pédagogique indépendantes et consensuelles *via* différents médias et relayées par les soignants.

Il convient aussi de réaliser une sensibilisation financière collective. Notre centrale est favorable au maintien du ticket modérateur (aussi bien sur les actes que sur les médicaments) partiellement pris en charge par les mutuelles complémentaires. Il faut éviter que la mutuelle déresponsabilise totalement les patients. La FMF est attachée au paiement à l'acte et propose la création d'un secteur unique d'activités assorti d'honoraires librement modulables qui participera également à la responsabilisation de l'assuré.

Enfin, pour faciliter la coordination des soins et donc l'optimisation du circuit du patient dans le système de santé, nous proposons la constitution d'un réseau de soins organisé par les professionnels eux-mêmes autour du patient tout en nous opposant au système actuel de filière de soins. Les explications de Michel Chassang sont, me semble-t-il, suffisantes à cet égard. En revanche, au cours de l'acte de consultation, nous refusons un système de responsabilisation individuelle et normative imposée aux assurés par le soignant car cela entraînera certainement une crise de confiance entre médecins et patients.

M. Pierre COSTES - Je vous exhorte à sortir du modèle. Le modèle d'excès de l'offre hospitalière, publique, privée, pharmaceutique, des médecins généralistes, des spécialités... sans aucun mode d'emploi pour les usagers qui a caractérisé le système français a garanti l'accès et le développement des soins. Nous devons actuellement gérer une diminution de l'offre concernant les médecins et les infirmiers. Nous ne pouvons plus fonder la garantie d'accès ou de qualité sur l'excès de l'offre.

Il ne semble pas que l'État ait décidé de réinjecter des moyens pour retrouver un excès d'offres. Il faut donc optimiser les ressources. Nous disposons de marges de manœuvre à cet égard car malgré l'évolution de la démographie médicale, l'offre de soins reste très importante en France par rapport à son niveau dans d'autres pays. Nous devons garantir un accès aux soins dans tous les cas de figure. Les modes d'emploi le permettraient.

En outre, il convient d'abandonner l'antienne consistant à dire que tous se rendent aux urgences par manque d'accès aux médecins libéraux. Treize millions de patients se rendent annuellement aux urgences. Onze millions de patients s'y rendent aux heures ouvrables lorsque toute l'offre est disponible. Il n'est donc pas vrai que les urgences pallient un manque.

En nocturne, la sécurité sociale rembourse une demi-majoration d'honoraires par 100.000 habitants. Faut-il garantir toute l'offre disponible pour un demi-acte ou faut-il optimiser nos ressources ? Nous devons progresser en abandonnant le modèle de la pléthore d'offres au profit du mode d'emploi. Je crois que les différents acteurs partagent cette piste. Sinon en effet, des moyens complémentaires seront nécessaires.

L'ensemble des professionnels de santé de ville se demandent comment ils seront représentés en matière de gouvernance. Le schéma de maîtrise de l'ordonnance Juppé faisait porter essentiellement sur les médecins la mise en œuvre des modes d'emploi et ce, au détriment des prescrits. Cette approche n'a pas fonctionné. Nous en avons également subi les conséquences lors des élections. Nous savons d'ailleurs qu'il est impossible d'instaurer un système fondé uniquement sur les médecins au détriment des pharmaciens. Le générique et la politique de DCI ne peuvent se concevoir sans les

pharmaciens. Le meilleur usage de la biologie nécessite l'implication des biologistes. Le meilleur usage du transport sanitaire nécessite la participation des ambulanciers. Le meilleur usage des soins infirmiers nécessite les infirmiers. Je n'ai pris que des binômes pour exemple. Imaginez les sujets transversaux impliquant trois ou quatre professions.

Nous savons que le niveau interprofessionnel sur les modes d'emploi médicalisés est un enjeu important. Le CNPS (Centre national des professions de santé) étudie cet enjeu. Puisqu'il n'est pas allé aux termes de l'accord-cadre interprofessionnel, le CNPS s'interroge sur les modes de reconfiguration vis-à-vis de l'Union des caisses ou des complémentaires. Il se réunira de nouveau à la mi-juin pour analyser le moyen de se rénover. Pour répondre à Alain Vasselle, outre les médecins, il convient de rassembler en une instance l'ensemble des professionnels de la médecine de ville afin qu'ils puissent coordonner leurs actions. Cela est en discussion.

Enfin, le dispositif de médecin référent est né en 1997 ou en 1998 dans un contexte d'offres médicales encore pléthoriques pour filtrer l'accès aux spécialistes. Sur un marché limité, il était normal que les acteurs rechignent à instaurer un ordre car ce dernier aurait restreint l'activité. Aujourd'hui, il est évident qu'il faut coordonner les soins autour d'un médecin librement choisi par le patient, que ce médecin soit qualifié de référent, traitant ou généraliste. Le médecin référent est un modèle qualitatif. Il est économique. Le plus grand réseau de médecins de France implique 8.000 médecins et 30.000 à 40.000 malades tous les mois. Le médecin référent coûte 1.500 euros mensuels de médicaments en moins non parce qu'il est meilleur mais parce qu'il participe à des groupes de pratique et modifie des comportements. Ce dispositif fonctionne et changera peut-être de nom.

Des soins coordonnés avec une circulation des informations et une médecine hiérarchisée dans les recours et garantie par la société nous paraissent une voie consensuelle. Les professionnels seront représentés pour une part en dehors du syndicat catégoriel dans des entités intercatégorielles fondées sur des instances renouvelées. Nous nous posons les mêmes questions que vous en matière de participation à la gouvernance.

M. Michel CHASSANG - Le schéma de gouvernance du Gouvernement mérite d'être étudié car il est intéressant à maints égards. Cela ne constitue pas une surprise puisque ce schéma a été discuté en amont. En tout cas, il faut éviter de reproduire ce qui existe. Contrairement à ce que disent certains dirigeants de l'assurance maladie, le pilotage du système actuel tient une part de responsabilité dans notre situation. Le paritarisme prévu en 1945 est certes louable mais je doute qu'il ait donné tous ses effets. Je pense qu'il n'a probablement pas apporté satisfaction en particulier depuis les quinze dernières années et encore moins depuis le départ du MEDEF. Il faut s'interroger à cet égard.

Ensuite, je considère que c'est une erreur de ne pas avoir maintenu les représentants des usagers. Les syndicats de salariés revendiquent le droit et la légitimité de représenter l'ensemble des assurés mais ce n'est pas le cas. Tous ne sont pas salariés ou patrons. Certains sont tout simplement usagers du système de santé. Je pense que leur exclusion constitue d'autant plus une erreur que leurs apports dans les instances auxquelles ils ont participé (dont le Haut conseil) ont été intéressants.

En outre, il est fait allusion à une Union des caisses d'assurance maladie obligatoire. Cette dernière existe déjà de fait puisque nous négocions toujours avec les trois caisses d'assurance maladie. Pour être validé, un accord doit de surcroît être signé par au moins deux caisses dont la CNAM.

Par ailleurs, je suis favorable à l'élaboration de contrats avec les mutuelles complémentaires, à leur meilleure implication dans la gestion du système, à

l'amélioration de la coordination entre régimes obligatoires et complémentaires. Cependant, la création d'une Union des complémentaires me semble difficile car leurs intérêts ne convergent pas réellement.

Enfin, concernant l'Union des professionnels de santé, il convient d'en connaître l'objectif et le contenu. S'agit-il de laisser de côté le niveau interprofessionnel ? Le projet est-il de créer un étage supra catégoriel réunissant l'ensemble des professionnels de santé et les accords individuels ? Nous sommes résolument hostiles à cette dernière option. L'ensemble des professionnels a certes un rôle à jouer mais les médecins ont un rôle majeur du fait à la fois de leur nombre et de leur caractère de principaux ordonnateurs des dépenses. Les médecins sont des piliers fondamentaux du système de santé. Il ne me semble pas judicieux de vouloir les noyer dans une structure.

Nous proposons en premier lieu le dossier médical opposable en subordonnant le remboursement de certains soins à l'utilisation du dossier. Faut-il un médecin référent ou pas ? Le médecin de famille me paraît bien. Je précise que le médecin référent fait partie d'un dispositif comprenant un abonnement annuel, un paiement par capitation minoritaire et, surtout, des engagements financiers du médecin. Je pense qu'il s'agit d'une mauvaise réponse à une vraie question dans la mesure où le patient reste libre de consulter un médecin comme bon lui semble sans en informer le médecin dit référent.

En second lieu, la responsabilisation des patients peut passer par les références médicales qui doivent être opposables non seulement aux médecins mais aussi aux patients. La mise en place de la maîtrise médicalisée entre 1993 et 1995 a été très mal vécue par les médecins car ces références médicales n'étaient opposables ni aux patients ni aux médecins hospitaliers, ce qui était le comble. Outre les trois échographies réglementaires remboursées au cours d'une grossesse normale, une patiente pouvait donc par exemple les multiplier dans les hôpitaux ou auprès d'interlocuteurs différents en ville tout en étant remboursée sans difficulté par les caisses. Les références doivent donc être opposables aux patients.

En troisième lieu, le périmètre de prise en charge doit être réévalué. Il convient de cesser de tout rembourser de manière incontrôlée. La voie a été ouverte avec les visites à domicile en 2003. Il convient d'aller plus loin dans cette direction concernant par exemple les échographies. Il n'y a en effet aucune raison de rembourser la cinquième ou la sixième échographie d'une grossesse normale en connaissant son inutilité. Il n'y a pas non plus lieu de rembourser le cinquième avis dans la mesure où cela procède d'une démarche personnelle du patient. Il ne revient pas à la collectivité de le prendre en charge.

Je ne dispose pas de suffisamment de temps pour parler de démographie médicale. Je signale simplement aux adeptes d'un Gosplan que les interdictions et les obligations de s'installer paraissent extrêmement séduisantes théoriquement mais le SROS instauré pour les équipements lourds n'est par exemple pas adapté. Par rapport à ce qui existe dans d'autres pays, l'équipement technologique français est plutôt insuffisant. Rien n'a été fait dans ce domaine. Développer les mesures incitatives serait déjà un progrès et ce, d'autant plus que le Gouvernement précédent avait déjà mis en place des pistes positives comme les collaborateurs ou les cabinets secondaires. Cela n'a pas été suffisamment souligné, des pistes positives ont été lancées.

M. Jean-Gabriel BRUN - Concernant le schéma de gouvernance, nous avons bien compris qu'il y avait un intérêt pour les professionnels de santé à harmoniser nos positions et nos revendications. C'est la raison pour laquelle, depuis plusieurs mois, l'organisation que je représente cosigne avec celle du Dr Chassang des communiqués consensuels. Le Dr Cabrera a quitté la table ronde mais il suffirait qu'il nous rejoigne

pour constituer la revendication unique d'un secteur qui a violemment manifesté mardi comme vous l'avez constaté dans la presse.

Par ailleurs, la création d'un Institut national des données de santé me paraît être une excellente initiative qui s'inscrit dans la gouvernance. Les problèmes sont en effet partiellement nés parce que le système est figé. La CNAM n'a jamais été capable de prendre une décision positive par incapacité à anticiper la dépense à réaliser. La CNAM a très prudemment commencé à réformer en matière de médecins référents. Le système a été figé pour les autres domaines par incapacité statistique et technique à chiffrer les surcoûts. Les décisions ne sont prises qu'en extrême urgence et lorsqu'elles sont imposées par les revendications des professionnels. La CNAM est loin de maîtriser la gestion prospective des dépenses et la répartition du financement.

M. Nicolas ABOUT, président - Messieurs les présidents, chers collègues, je vous remercie de vous être prêtés à cet exercice dont nous essayerons de tirer le meilleur profit.

**Audition de Mme Danièle KARNIEWICZ,
secrétaire nationale du pôle protection sociale
de la Confédération française de l'encadrement-Confédération
générale des cadres (CFE-CGC)
(mercredi 5 mai 2004)**

M. Nicolas ABOUT, président - Je suis heureux d'accueillir une nouvelle fois en votre nom Danièle Karniewicz, qui inaugure la série d'auditions de ce jour. Madame, voulez-vous s'il vous plaît nous faire part de vos observations, sur les pistes et les éléments du débat connus à ce jour ? Le rapporteur et le commissaire vous interrogeront ensuite.

Mme Danièle KARNIEWICZ - Nous avons partagé le diagnostic du Haut conseil sur l'assurance maladie. Ce dernier, pour une fois, ne mettait pas uniquement l'accent sur le problème comptable de l'assurance maladie, mais aussi sur l'ensemble du problème de l'organisation du système de santé. Il faut agir sur cette organisation, pour rendre le système mieux coordonné et plus efficace. De plus, il faut agir sur tous les paramètres, c'est-à-dire à la fois réduire les dépenses et augmenter les recettes.

Dans l'organisation du système, une part importante du déficit est aujourd'hui causée par l'absence de coordination suffisante entre tous les acteurs, notamment entre l'hôpital et la médecine libérale. Le dossier médical partagé est l'une des mesures phares de la réforme envisagée. Notre position est que cette mesure présente beaucoup d'avantages pour aider le patient dans son parcours de santé, qui se trouve ainsi mieux coordonné, plus efficace.

Un bémol est toutefois à apporter : le dossier médical partagé utilise des données statistiques fondamentales (nombre d'actes, de radios, de visites chez les médecins) dont il est indispensable de garder une trace, pour le suivi de la gestion de l'assurance maladie. Nous sommes d'accord pour que ces données soient utilisées. En revanche, le dossier comporte aussi une part beaucoup plus personnelle, le commentaire du médecin sur l'état général du patient, qui ne doit pas, selon nous, être accessible en dehors du champ médical.

En d'autres termes, nous acceptons que le spécialiste ou le généraliste remplisse le dossier sans l'avis du patient, mais il faut avoir l'assurance absolue que cela reste du domaine de la vie privée du patient, et que les informations ne peuvent pas être consultées par quelqu'un d'autre qu'un médecin ou un professionnel de santé.

Or, aujourd'hui, nous n'avons pas cette assurance : les dossiers médicaux, s'ils sont mis sous forme électronique, seront peut-être aussi accessibles par des personnels administratifs, par la CRAM ou les mutuelles complémentaires, voire par l'employeur de la personne, ce qui pose un problème de fond, celui de la sélection du risque. Il faudra des garanties à ce sujet, et faire preuve d'une vigilance absolue.

Concernant la qualité des soins, nous sommes favorables à la formation continue des professionnels de santé. Nous souhaitons que des mesures incitatives leur soient proposées pour cela. De même, nous voulons une information mieux ciblée sur les médicaments. La France a des progrès à faire, par rapport aux pratiques que l'on constate dans d'autres pays. Il est important d'avoir une information claire sur les médicaments.

Concernant l'offre de soins, qu'il s'agit de mieux coordonner, nous sommes favorables aux médecins coordonnateurs. Ce rôle peut être dévolu au médecin de famille,

qui peut guider le patient dans tout le système de soins. Le médecin de famille n'est pas forcément le généraliste. Ce peut être le pédiatre, le gynécologue... Il faut qu'un médecin coordonnateur pilote la démarche du patient. C'est fondamental pour arriver à mieux coordonner les opérations.

De plus, nous soutenons des mesures incitatives pour l'installation du médecin (problème de l'offre de soins sur le territoire), dans les secteurs où certaines spécialités sont en sous-effectifs. Une mesure incitative doit intervenir pour l'installation des jeunes médecins dans ces régions. De plus, la création de maisons de santé favorise l'accès aux médecins, et assure la continuité des soins sur le territoire. En province, trouver un généraliste le week-end au dernier moment relève de la gageure. Il nous paraît fondamental que le patient bénéficie d'une continuité des soins. Dans certains secteurs géographiques du pays, il faudra adapter cette approche, du fait du petit nombre de médecins installés. Nous sommes aussi favorables à la normalisation des pratiques professionnelles. Cela suppose des contrôles, des évaluations, et éventuellement des sanctions, quand les engagements ne sont pas respectés.

Par ailleurs, l'éducation du patient nous semble un aspect fondamental, qui est souvent sous-estimé. Il ne s'agit pas de chercher à culpabiliser le patient, mais bien de l'éduquer. Il est important d'expliquer aux assurés, à commencer par les enfants, ce qu'est un comportement à risque, et à l'inverse, quel est le bon comportement pour la santé. Cela semble préférable à une culpabilisation du patient. Nous avons trop mis l'accent sur la culpabilisation, y compris au niveau du Haut conseil. Nous voulons une responsabilisation qui concerne tous les acteurs. Elle requiert des explications, mais aussi de connaître le coût des médicaments.

Aujourd'hui, il est anormal de sortir d'une pharmacie sans savoir combien coûtent les médicaments que l'on a achetés. En revanche, nous ne pensons pas qu'il soit nécessaire de payer pour être responsabilisé. En réalité, les soins ne sont pas gratuits actuellement. L'ensemble des cotisations de protection sociale est même relativement lourd. On ne peut pas prendre le prétexte d'un sentiment de gratuité pour demander une responsabilisation par une augmentation du prix pour le patient. Il nous semble préférable de suivre une démarche d'organisation et d'aide au parcours du patient dans le système, que de lui expliquer qu'il doit payer une partie du prix, pour se sentir responsabilisé.

Une grande partie des « dérapages » est liée au manque d'organisation du système, et non à une volonté délibérée d'abus de la part des patients, bien qu'il soit certain que quelques-uns sont dans ce cas. Il ne faut pas stigmatiser ces comportements. En revanche, nous sommes tout à fait favorables aux contrôles et aux sanctions. Quand on fait appel à la population pour qu'elle se responsabilise par rapport à son assurance maladie, on ne peut pas accepter les dérapages, car il faut défendre le système de solidarité.

Concernant les recettes, deux constats s'imposent : le vieillissement de la population, et l'aspiration à être bien soigné, qui s'exprime avec force, en raison des progrès que permet la technologie en matière de soins. Les dépenses d'assurance maladie, selon nous, n'ont pas vocation à baisser. En revanche, les recettes devraient changer. Elles sont aujourd'hui, en grande majorité, assises sur les salaires. Cela nous semble insuffisant pour l'avenir, au regard des exigences des Français.

Nous préconisons, depuis une dizaine d'années, un élargissement de l'assiette des recettes. Il faut créer une cotisation sociale sur la consommation. Nous imaginons aussi de basculer une partie des charges dites « patronales », qui entrent en fait dans le prix de revient, sur une ligne de cotisation sociale, ce qui permettrait d'alléger le prix de revient, et donc de favoriser l'exportation des produits, et surtout de taxer, au titre de la

protection sociale, à leur retour en France, les produits fabriqués dans des zones où la main-d'œuvre est moins chère. Il nous semble fondamental d'élargir l'assiette de cotisation. Nous ne voulons pas que cette taxe supplémentaire soit la TVA, car il s'agit d'une cotisation qui est affectée de façon précise à l'assurance maladie. Cette proposition nous tient à cœur. Il faut du temps pour la mettre en œuvre. Un changement de la base des recettes ne peut se faire en quelques jours. Il ne peut aboutir avant le 20 mai.

En attendant, nous soutenons une augmentation de la CSG. L'augmentation des recettes est aujourd'hui indispensable à la pérennité du système. Dans la configuration actuelle, la CSG est proportionnelle aux revenus. Notre confédération refuse toute idée de contribution dont les taux augmentent en fonction des tranches de revenu. Nous sommes favorables à la redistribution en France. En tant que représentants des cadres et des agents de maîtrise, nous sommes légitimement favorables à la solidarité, car nous sommes fournisseurs de solidarité. Cependant, il y a une limite. Si l'assurance maladie coûte plus cher et rembourse moins, à un moment donné, la solidarité ne veut plus rien dire. Ce n'est pas seulement de la provocation : si l'on dépasse les bornes, une partie de la population (classe moyenne) aura intérêt à faire appel directement à l'assurance privée. Ce n'est pas ce que nous souhaitons. En effet, cela signifierait la fin du système de solidarité collective pour tout le monde. Nous sommes très attachés à la sécurité sociale, à ses valeurs d'universalité et d'égal accès aux soins pour tous. Pour les défendre, il faut que toute la population s'y retrouve. À ce titre, nous sommes complètement opposés à ce que le « reste à charge » soit aussi fonction des revenus de l'assuré. Ce serait difficile à mettre en route et une partie de la population n'est pas favorable à une telle redistribution. Il faut trouver le bon équilibre pour défendre le système ensemble et éviter la progression de l'assurance privée.

Ceci permet de faire la transition avec le lien entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires.

On dit aujourd'hui qu'il n'y a ni étatisation, ni privatisation dans les objectifs de réforme de l'assurance maladie. Nous partageons cette position. Néanmoins, j'estime qu'il y a un risque sévère au fil des années : dérembourser la partie obligatoire et transférer les dépenses sur les complémentaires. Sans le dire, petit à petit, cela changerait complètement le système. En effet, les complémentaires augmentent ensuite leurs taux. Ceci aboutit à un système où les options de protection sont des options privées. Les assurés devront choisir dans leur complémentaire, par exemple, s'ils privilégient les soins pour les dents. Le système se composera de tarifs différents et d'options différentes, qui deviennent privées au fur et à mesure. Aujourd'hui, il est faux de dire qu'un partenariat entre régime obligatoire et mutuelles empêcherait de faire entrer l'assurance privée dans le système. Il suffit de constater l'ensemble des dépenses des mutuelles et des complémentaires. Un jour ou l'autre, l'assurance privée fera son entrée dans le système. Il s'agit alors d'un autre système. Ce n'est plus le système de sécurité sociale et ses valeurs fondatrices.

Concernant l'accès à des contrats de régimes complémentaires, nous estimons qu'il faut favoriser l'accès aux régimes complémentaires pour tous les Français à titre individuel. Aujourd'hui, des personnes ne sont pas assez couvertes par les complémentaires. Nous sommes d'accord pour une mesure leur permettant d'y accéder. En revanche, le financement de cette mesure ne saurait impliquer que l'on dégage une enveloppe sur les contrats collectifs, c'est-à-dire de supprimer la défiscalisation des contrats collectifs pour financer les contrats individuels. Aujourd'hui, le contrat collectif d'entreprise offre la meilleure protection aux salariés. Il est le contrat négocié au moindre coût, et qui assure la meilleure couverture. Il faut donc défendre ce contrat collectif, en permettant au plus grand nombre de salariés d'y accéder. Si, à la marge, il

est nécessaire de développer des contrats individuels, nous n'y sommes pas opposés, tant que ce n'est pas au détriment des contrats collectifs. Nous savons tous que la négociation collective, conduite par les partenaires sociaux, est la meilleure garantie pour les salariés aujourd'hui, même s'il est vrai que cela ne fournit pas le meilleur rendement pour les complémentaires. Ce n'est pas notre objectif. Notre objectif est de défendre un meilleur accès aux soins pour les salariés.

Pour conclure, j'évoquerai la notion de gouvernance, souvent évoquée dans le débat sur l'assurance maladie. Cela ne nous paraît pas être le fond du problème. Comme nous l'avons indiqué dans le rapport du Haut conseil, il nous semble essentiel de clarifier les responsabilités dans la gestion du système. Aujourd'hui, la confusion est absolue. Le rôle de l'État et du gestionnaire de l'assurance maladie est pris dans un enchevêtrement de responsabilités complètement illisible, si bien qu'il n'y a pas de pilotage sérieux, ni de bonne gestion.

Il faut clarifier le rôle de l'État : son rôle est de définir la politique de santé publique. De même, il faut préciser ce que l'on demande aux partenaires sociaux dans l'assurance maladie (fixation d'un budget annuel via des responsabilités bien libellées). Ensuite, une fois que la délégation est effective, l'État arrête d'intervenir pour changer les paramètres en cours d'année de façon incompréhensible. Si l'on obtient cela, le pilotage de l'assurance maladie sera déjà amélioré. Faire entrer de nouveaux acteurs n'est pas une méthode qui permet d'améliorer la gestion. Cela peut, au contraire, accroître la confusion des rôles et aggraver le manque de lisibilité.

Nous voulons renforcer la légitimité des partenaires sociaux à gérer l'assurance maladie. En effet, aujourd'hui le système des recettes est assis sur les salaires. Cela ne signifie pas qu'il doit en être ainsi éternellement. Quand nous serons capables d'élargir l'assiette des recettes, par une cotisation sociale à la consommation, il nous faudra nous interroger sur la présence d'autres acteurs que les salariés dans la gestion de l'assurance maladie. Nous n'en sommes pas capables aujourd'hui.

M. Nicolas ABOUT, président - Le rapporteur souhaite-t-il demander des précisions ? Pour ma part, je souhaite revenir sur un point. Madame Karniewicz, vous dites que l'État doit arrêter de se mêler du système. Cela signifie-t-il que vous allez aussi vous charger d'équilibrer vos comptes ? Il vous faut vous doter des moyens qui permettent de respecter le contrat que vous avez signé avec l'État.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Je voulais vous interpellier sur trois questions, mais vous y avez répondu par avance. Concernant la gouvernance, vous venez de répondre à ma question. Sur la responsabilisation des acteurs, vous avez expliqué quelle est votre philosophie pour le patient et pour le professionnel de santé. Vous avez présenté des éléments de réponse. Enfin, en ce qui concerne les recettes, vous avez également fait part de vos vues.

Avez-vous le sentiment que votre approche est aussi partagée que celle du diagnostic du Haut conseil ? A mon sens, au niveau des partenaires sociaux, une ligne de consensus pourrait se dessiner sur vos propositions. Dans le cas contraire, le consensus existe-t-il au moins pour une partie d'entre elles ? Les conditions sont-elles réunies pour cela ? Nous ne réussirons la « réforme » que si nous pouvons dégager un consensus entre partenaires sociaux et partenaires politiques, au moins sur les lignes directrices de la réforme, de façon incontestable. Même s'il n'y a pas d'adhésion spontanée, il faut éviter de rencontrer une opposition formelle. Cela relève plus de la forme, de la méthode et de la procédure que du fond. Sur le fond, vos propositions sont tout à fait constructives pour ouvrir le débat, et doivent permettre d'avancer de façon constructive sur la voie de la réforme.

Mme Danièle KARNIEWICZ - Concernant l'organisation du système, et l'amélioration de la coordination, tous les partenaires sociaux vont aujourd'hui pratiquement dans le même sens. Ils sont favorables au dossier médical partagé, sous la réserve de l'accès aux données personnelles. Le panier de soins est un sujet un peu plus délicat. Chacun dit : « *Il faut définir le périmètre remboursable au niveau des médicaments et des soins.* » Or le périmètre n'est pas le même pour tout le monde. Il reste beaucoup à faire pour fédérer les partenaires à ce sujet.

Notre définition du panier de soins est quelque peu différente de celle des autres. En effet, nous pensons qu'il faut définir ce qui n'entre pas dans le panier de soins (ce qui est remboursable par la sécurité sociale), plutôt que l'inverse.

M. Nicolas ABOUT, président - Ce serait plus rapide.

Mme Danièle KARNIEWICZ - Oui. Ce serait aussi plus clair. Si le niveau de qualité des soins n'est pas suffisant pour entrer dans le panier, ce n'est même pas la peine de se demander si l'on rembourse à 60 % ou à 70 %... Si ce n'est pas efficace, il n'y a pas de raison que ce soit remboursé, ni par l'obligatoire, ni par le complémentaire. Il nous semble donc préférable de définir ce qui n'entre pas dans l'obligatoire.

Concernant les recettes, il y a aussi des différences. Je défends la position des classes moyennes, qui estiment qu'il faut arrêter de faire payer uniquement ceux qui gagnent un peu plus dans le pays, car ils n'auront bientôt plus intérêt à gagner un peu plus s'ils doivent tout donner à la collectivité. De nombreuses divergences de vues existent sur le sujet. Néanmoins, le fait de reconnaître que l'assiette des salaires ne sera plus suffisante à terme commence à fédérer davantage de partenaires. Là encore, il y a des différences de modalités ; certains sont favorables à un recours à la TVA. Il est urgent que le Gouvernement mène une étude sur l'élargissement de l'assiette, notamment en ce qui concerne l'impact macro-économique des différentes propositions.

Par ailleurs, concernant la gouvernance, il y a deux clans. Pour les uns, il faut intégrer au système de gestion de l'assurance maladie les complémentaires et la mutualité, y compris les professionnels de santé et les assurés. Cela correspond à un « paritarisme rénové ». D'autres, comme moi, veulent renforcer la légitimité des partenaires sociaux, qui sont aujourd'hui les plus à même de sauvegarder les éléments fondateurs du système. Si l'on fait entrer d'autres acteurs, il est à craindre que l'on dévie vers le corporatisme. L'idée d'une représentation des assurés peut sembler séduisante. Cependant, comment savoir lesquelles (quelles associations ? quelles valeurs ?) ? Il y a un vrai débat autour de ce sujet.

De même, nous ne sommes pas en phase avec la mutualité, qui veut gérer à hauteur équivalente le remboursement obligatoire et le complémentaire. Selon nous, il ne faut pas que quelqu'un puisse accéder à un remboursement au premier euro sur une complémentaire. Nous défendons les valeurs de la sécurité sociale : le socle est commun pour tous, la complémentaire n'intervient qu'en second lieu. La complémentaire ne doit pas gérer le système à hauteur de l'obligatoire. Certaines organisations syndicales, autour de la mutualité, pensent que ce sera plus facile de trouver une majorité de gestion en cas d'entrée d'autres acteurs. Or nous ne sommes pas là pour régler les problèmes d'équilibre de rapports de forces et de légitimité, mais pour régler le problème de la sauvegarde de notre système d'assurance maladie, ce qui est un sujet beaucoup plus important.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Une fois le périmètre défini, entre les dépenses de l'État et celles de la sécurité sociale, les partenaires sociaux sont-ils prêts à assumer leurs responsabilités, comme le préoyaient déjà les ordonnances de 1967 (qui n'ont jamais été appliquées) ? Les gouvernements quels qu'ils soient, se sont toujours

mêlés de ce dont ils n'auraient pas du se mêler. Les partenaires sociaux n'avaient pas la volonté d'assurer l'équilibre et de faire des propositions en ce sens. Ils étaient contents de pouvoir se reposer sur l'État pour ne pas avoir à assumer la responsabilité de l'équilibre des comptes.

En étant provocateur, est-il réaliste de vouloir créer des cloisons étanches entre les dépenses qui seraient à la charge de l'État et celles à la charge exclusive de la sécurité sociale. Je n'ai pas le sentiment qu'une telle volonté existe réellement chez les membres du Gouvernement et les parlementaires, de même que chez les partenaires sociaux. Ayant un esprit cartésien, je suis à titre personnel plutôt favorable à cette solution. Il faut que nous ne retombions pas dans la situation que nous avons vécue les années antérieures. Encore faut-il qu'une volonté commune existe d'avancer dans ce sens.

Mme Danièle KARNIEWICZ - Pour sa part, la CFE-CGC est tout à fait désireuse de gérer et d'assumer ses responsabilités. Quand les partenaires sociaux gèrent seuls les systèmes, ils assument toujours leurs responsabilités (par exemple, pour les systèmes de retraite complémentaire AGIRC-ARRCO), avec des mesures qui n'ont jamais été faciles à prendre par rapport à l'ensemble des Français. Les mesures qui ont été prises dans les régimes de retraite complémentaire étaient difficiles à prendre, mais elles ont bien été prises. Quand la responsabilité est clairement définie, les partenaires sociaux sont capables de gérer le système. Le soutien de l'État leur est nécessaire. Si chacun respecte son camp, j'estime que les partenaires sociaux sont capables de gérer. C'est la position de la CFE-CGC.

M. André LARDEUX - Il y aurait beaucoup de questions à poser. Il me semble que l'exposé de Mme Karniewicz vise à faire porter davantage l'effort sur l'offre que sur la demande. Il a notamment été dit qu'il faut « *que les gens aient une idée de ce que cela coûte* ». Madame Karniewicz, dans votre esprit, cela signifie-t-il la suppression du tiers payant dans un certain nombre de cas ? Par ailleurs, vous avez évoqué l'élargissement des recettes. En attendant, vous vous êtes déclarée favorable à une augmentation de la CSG. Seriez-vous favorable à un alignement, une uniformisation de la CSG, qui actuellement ne pèse pas de la même façon sur tous les revenus ?

M. Guy FISCHER - S'agissant de la définition du panier de soins, les partenaires (notamment l'assurance maladie) souhaitent vivement que le périmètre des soins remboursables puisse être élaboré, et que les parlementaires donnent des outils à l'assurance maladie pour cela. Dans les trois objectifs principaux qui ont été cités, cela correspond à celui de baisse des dépenses, par la détermination de nouveaux périmètres. La responsabilisation que seraient prêts à assumer les partenaires sociaux signifie-t-elle que le PNFSS a toujours sa légitimité ?

M. Gilbert BARBIER - Madame Karniewicz, pensez-vous que la responsabilisation, qui serait, selon vous, morale, puisse être efficace, par rapport à une responsabilisation financière, qui est la seule à pouvoir toucher les utilisateurs ?

Par ailleurs, concernant l'effort de restructuration de la demande, notamment pour les partenaires sociaux, quelle estimation faites-vous de la part de l'hôpital et de celle de la médecine ambulatoire ? Pensez-vous qu'il faut répartir l'effort ? Les gestionnaires peuvent-ils intervenir dans le secteur de l'hospitalisation, qui est difficile à gérer ?

Mme Gisèle PRINTZ - L'éducation et la responsabilisation du patient sont certes à envisager, mais il faut aussi éduquer les médecins. La prescription de médicaments génériques doit être privilégiée. On ne parle jamais du lobby des laboratoires dans le monde médical.

Mme Danièle KARNIEWICZ - Plusieurs questions concernent la responsabilité du patient (M. Lardeux a parlé d'« agir sur l'offre », d'autres ont demandé comment l'on agit sur les dépenses, et quels sont les outils par rapport au patient, d'autres enfin ont évoqué le « tiers payant »...). Je n'ai pas dit qu'il faut uniquement jouer sur l'offre. Au contraire, il faut jouer sur tous les paramètres du système.

Cependant, il est clair que l'on ne peut pas jouer sur la demande uniquement en laissant un montant financier à la charge de l'assuré. Il faut fournir une meilleure éducation, en expliquant au patient ce que coûte le système, quelles sont les valeurs du système et comment il a intérêt à les défendre. Accéder à cette information pour le patient, c'est savoir, au fur et à mesure de son parcours santé, combien cela coûte. Chacun a, dans son entourage, quelqu'un qui a subi une opération. En apprenant le coût de leur opération, les patients sont généralement surpris. Il faut que la personne se rende compte du coût qu'elle génère, quand elle va à la pharmacie, qu'elle bénéficie de soins spécifiques (scanners, radios). Il s'agit d'une démarche pédagogique fondamentale.

En revanche, je suis favorable à une action sur la demande pour ce qui concerne les abus. Des contrôles et des sanctions doivent être appliqués. Il est inacceptable que des gens s'inscrivent en absence de longue durée parce qu'ils n'ont pas pu partir en préretraite. C'est un outrage pour l'ensemble du système de sécurité sociale. L'assurance maladie a besoin de solidarité. De telles pratiques sont totalement anormales. Il faut prendre des mesures contre de tels agissements. De même, des abus sont parfois repérés sur les cartes vitales. Il y a dix millions de cartes vitales en surnombre. Cela ne correspond en rien au nombre réel des abus, et ce n'est pas une piste pour obtenir sept milliards d'euros d'économies sur l'assurance maladie. Cependant, il est inadmissible que des gens, à partir d'une carte vitale, abusent du système pour que d'autres y accèdent.

Pour agir sur cette demande, j'estime que les structures existent, notamment un syndicat des médecins conseils de l'assurance maladie, qui représente la majorité des salariés et médecins conseils de l'assurance maladie. Comme on le sait, il y a beaucoup de choses à faire dans le domaine des contrôles de l'assurance maladie, qui ne sont pas faites, en raison d'un déficit de volonté politique. Or nous disposons des outils nécessaires pour mettre en œuvre des cadrages de dépenses.

Concernant le périmètre des soins remboursables, la question de M. Fischer suggère que l'on donne des outils à l'assurance maladie. Je pense qu'il faut effectivement définir une politique de santé publique, définir les grandes valeurs de cette politique. Ensuite, l'assurance maladie gère cela. Plusieurs critères sont à prendre en compte, le plus important étant l'efficacité des soins ou des médicaments. En France, les scientifiques savent déterminer si un traitement est efficace ou pas. La collectivité a un rôle à jouer, par ailleurs, sur le critère d'efficience. Il ne s'agit plus de mesurer l'efficacité d'un soin pour un individu, mais de savoir s'il est « rentable » pour la société. En la matière, le dépistage du cancer du sein est un exemple classique. A cinquante ans, il est remboursé, mais pas à quarante, car la population concernée est moindre dans ce second cas.

Les critères d'efficience sont dangereux à manipuler. La sélection du risque est l'idée sous-jacente. Il y a de quoi être interpellé, en tant que syndicat et en tant que citoyen. Néanmoins, le rôle de la collectivité est aussi de définir les bases sur lesquelles se concilient l'efficacité individuelle et l'efficience collective. Les partenaires sociaux sont prêts à le faire. Il est toutefois aussi de la responsabilité de l'État de participer au débat sur ces valeurs. Par ailleurs, le PLFSS est bien sûr un cadrage budgétaire indispensable. Il serait souhaitable qu'il devienne pluriannuel.

Concernant l'hôpital et la médecine ambulatoire, il y a quelques mois, avec le précédent ministre de la santé, les partenaires sociaux et le Haut conseil avaient demandé que l'hôpital fasse partie de la réforme de l'assurance maladie. Or ce n'était pas du tout envisagé, il n'y avait aucune volonté politique de le faire. Nous avons souligné que l'hôpital représente la moitié des dépenses de l'assurance maladie, ce qui constitue un enjeu fondamental, qui doit faire partie de la réforme. De plus, il est également fondamental qu'existe au sein de l'hôpital une démarche de gestion des dépenses. C'est le cas dans certains hôpitaux, mais pas partout. La problématique de l'hôpital a de quoi laisser songeur... Le MEDEF a d'ailleurs remarqué récemment que, si une entreprise était gérée comme l'hôpital, elle coulerait immédiatement. Il nous faut adopter des critères de gestion. Cela fait partie intégrante de la réforme.

Enfin, Mme Printz a évoqué l'éducation du patient et du médecin. Je suis entièrement d'accord avec le besoin d'une démarche d'éducation sur l'assurance maladie avec les professionnels de santé. Notre organisation considère que, pendant trop longtemps, on a voulu réformer l'assurance maladie contre les professionnels, en leur imposant des quotas, des normes qu'ils ne partageaient pas. Nous ne pouvons pas réformer le système contre les professionnels, mais seulement avec eux. Il sera aussi possible de faire évoluer l'assurance maladie en travaillant avec les patients. Placer une photo d'identité sur la carte vitale est une mesure ponctuelle qui me semble assez dangereuse.

M. Nicolas ABOUT, président - Madame la secrétaire nationale, je vous remercie d'avoir répondu très directement et précisément aux questions des commissaires. Nous vous ferons parvenir les autres questions du rapporteur si nécessaire.

**Audition de MM. Claude MAFFIOLI, président,
et Olivier AYNAUD, secrétaire général,
de l'Union nationale des professions libérales (UNAPL)**
(mercredi 5 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Nous accueillons maintenant Claude Maffioli et Olivier Aynaud, de l'UNAPL. Monsieur le président, quelle est votre réaction sur la réforme ?

M. Claude MAFFIOLI - Monsieur le président, je vous remercie de permettre à l'UNAPL de s'exprimer sur le problème de la réforme de l'assurance maladie et du système de santé. Quelques points préliminaires sont à rappeler.

Tout d'abord, la réforme de l'assurance maladie est effectivement nécessaire. Le rapport du Haut conseil est clair à ce sujet. Il ne faut pas oublier pour autant que, conceptuellement, le système français est bon. En France, les patients sont bien soignés. L'accès aux soins est tout à fait correct. La réforme est nécessaire, mais il faut savoir ce que l'on veut faire exactement et comment. Nous ne sommes pas favorables à une réforme qui serait une véritable révolution remettant en cause les valeurs fondamentales. Nous considérons que la réforme ne doit pas avoir pour but de faire des économies, mais que notre système s'adapte aux défis à venir (technologie, nouveaux risques), en préservant ses valeurs fondamentales : la solidarité, la liberté de choix du patient et l'indépendance des praticiens, la qualité du service rendu, et la responsabilité (individuelle et collective) des acteurs. La réforme, si elle est mise en place, doit à la fois préserver ces valeurs fondamentales et s'adapter au XXI^e siècle. Elle ne peut pas suivre seulement une logique économique.

Concernant le rapport du Haut conseil, on admet, enfin, que les dépenses de santé augmentent chaque année et que leur augmentation est pratiquement inéluctable. De plus, pour envisager la réforme, il faut agir sur plusieurs leviers. Il n'y a pas « la » solution unique. Enfin, la réforme repose selon nous sur deux piliers. Tout d'abord, il faut rendre le système le plus performant possible, par la responsabilisation de tous les acteurs (en mettant en place les outils que nous connaissons déjà). Depuis quinze ans, nous discutons de la réforme et nous avons fait le tour de tous les outils. Malheureusement, peu d'entre eux ont été mis en place. La responsabilisation doit porter sur tous les acteurs, et pas seulement sur les professionnels de santé. Les usagers, les patients et les gestionnaires sont aussi concernés. Il nous faut un système de santé totalement performant et totalement responsable.

Mais ce ne sera pas suffisant. Même si nous mettons en place tous les outils permettant de disposer d'un système totalement performant, le différentiel entre les dépenses de santé et les possibilités de prise en charge continuera à s'aggraver. Par conséquent, il faut définir le périmètre de prise en charge dans le cadre de la solidarité. Aujourd'hui, il n'y a rien d'explicite à ce sujet. Il faut désormais que ce soit explicite, en définissant les critères de choix, et en définissant qui fait quoi. La discussion sur la gouvernance est un autre outil qui en découle. Le but de la réflexion n'est pas de mettre en place une nouvelle gouvernance. Il est nécessaire de savoir quel type de gouvernance il faut mettre en place, et pour quelle politique. C'est un outil supplémentaire de notre tableau.

M. Nicolas ABOUT, président - Les travaux du Haut conseil pour l'assurance maladie ont permis d'établir une évaluation consensuelle du fonctionnement de notre système. Ils se sont organisés autour de trois éléments :

- les grands équilibres ;
- l'amélioration du système de soins ;
- la gouvernance.

Cette phase de réflexion et de concertation, et les travaux qui ont suivi, ont-ils permis de dégager des pistes de consensus sur les questions de gouvernance, sur les relations entre les acteurs (gestionnaires, professionnels de santé, usagers) ? Faut-il envisager une nouvelle délégation de gestion de l'assurance maladie, et créer de nouvelles structures ? Quel rôle l'État doit-il assumer ?

M. Claude MAFFIOLI - Concernant la gouvernance et la mise en place des rôles des uns et des autres, l'État a un rôle premier dans la définition des priorités de santé publique et de la politique de santé. Il lui appartient de définir les grands axes (sur un plan pluriannuel et non une vision à court terme). Ceci pose le problème de la gestion financière annuelle qui n'est pas facile.

L'étape suivante est le Parlement. Celui-ci doit approcher d'un peu plus près la définition des priorités, en définissant le périmètre de prise en charge, et le budget qui est consacré à ce qui entre dans le cadre de la solidarité. Pour aider le Parlement à se positionner, la définition d'une Haute autorité scientifique (le nom reste à trouver) indépendante me semble importante. Pendant quelques années, avec la Conférence nationale de la santé, nous avons essayé de proposer au Parlement une réflexion suffisamment avancée pour que ce dernier puisse faire des choix explicites, et voter un budget qui corresponde vraiment à quelque chose. Or cela n'a pas été possible, pour diverses raisons. Une structure indépendante est absolument nécessaire. De plus, cela permet de répondre à la question posée précédemment : qu'est-ce qui entre dans le cadre de la solidarité, et qu'est-ce qui reste hors de ce cadre ?

Au niveau inférieur, il me paraît important qu'une nouvelle structure soit installée, et qui entre dans le concret. Si, par exemple, le Parlement vote que la prise en charge des cures thermales est exclue du budget, il faut définir comment cela s'applique concrètement (les différentes prestations, les différents actes, etc...) A ce titre, une structure est nécessaire. Il nous semble judicieux qu'elle soit tripartite ou quadripartite (caisses d'assurance maladie, régimes complémentaires, professionnels de santé, usagers). Cette structure prendra des décisions concrètes. Nous ne voulons pas voir sortir des pans entiers de la prise en charge (dentaire, par exemple).

En ce qui concerne les caisses d'assurance maladie, les conseils de gestion ne sont, selon nous, plus d'actualité par rapport au paritarisme strict. Au départ, les caisses d'assurance maladie s'occupaient uniquement des problèmes du monde du travail (accidents du travail, indemnités journalières). Aujourd'hui, leur champ d'intervention est beaucoup plus vaste, et le paritarisme strict est inadapté. Les conseils de gestion doivent être élargis. Un terme me semble important à souligner : composition société civile. Je n'y suis pas hostile. Je ne positionne pas les professionnels de santé à l'intérieur des conseils de gestion de la caisse d'assurance maladie, mais en revanche, conformément à une demande exprimée fréquemment, les professions libérales, en cas de présence d'employeurs à l'intérieur des conseils de gestion, doivent y siéger en tant qu'employeurs, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Je rappelle que, si l'artisanat est certes la première entreprise de France, les professions libérales représentent un quart des entreprises du pays. Il y a 1,5 million d'employés, ce qui n'est pas négligeable.

M. Nicolas ABOUT, président - Le rapporteur souhaite poser deux questions. L'une concerne la responsabilisation, l'autre les recettes.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Pouvez-vous dire quelques mots en ce qui concerne la responsabilisation des acteurs, la question de l'ambulatoire et de l'hôpital, et nous expliquer plus longuement vos vues sur les aspects relatifs au financement et aux recettes, et les conséquences qu'il y a lieu d'en tirer au niveau de la gouvernance (notamment de la loi de financement de la sécurité sociale) ? Une fois défini le schéma de la gouvernance et le partage des dépenses, la loi de financement a-t-elle encore sa raison d'être ?

M. Claude MAFFIOLI - Tout d'abord, le système ne peut fonctionner qu'avec une responsabilisation de tous les acteurs (professionnels de santé, usagers, gestionnaires et politiques). J'ai déjà abordé le sujet de la responsabilisation des politiques. La définition d'un périmètre de prise en charge est du ressort du politique. Concernant les professionnels de santé, il y a un nombre considérable d'outils à mettre en place. En 1993, les références médicales opposables avaient été mises en place, mais elles n'ont vécu que jusqu'en 1995. Ce premier outil a eu pour premier résultat économique le fait que, en 1994, alors que nous avions pour objectif de ne pas dépasser + 3,6 %, l'augmentation n'a été que de 1,9 %. C'est en partie l'impact des références médicales opposables. L'impact a été tout à fait significatif, comme le savent les biologistes et les radiologues.

Ensuite, ce changement a été abandonné. Aujourd'hui, il n'y a plus d'outil de maîtrise réelle. Je crois qu'il faut revenir à la mise en place de ce type de référentiels. Les définitions de stratégies générales, de pratiques, ne permettent pas une référence opposable. En effet, le terme « opposable » implique une sanction. On ne peut l'imaginer que si la référence est absolument incontestable, ce qui ne peut être trouvé que dans ce qui est inutile ou dangereux. Par exemple, il y a dix ans, nous avons élaboré une RMO qui était de ne pas prescrire deux anti-ulcéreux pour un même patient. Or nous avons basé notre décision sur une statistique selon laquelle 10 % de ces malades étaient traités avec deux anti-ulcéreux simultanément.

D'autres outils sont disponibles. Concernant la démographie des professionnels de santé, plus tard nous enclencherons la réflexion sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire, plus tard nous irons au fond des possibilités, et plus tard nous aurons des résultats. Dans ce domaine, il faut mener jusqu'au bout les mesures incitatives. Je ne suis pas certain qu'elles soient suffisantes. Il serait donc inopportun d'appliquer, du jour au lendemain, des règles coercitives. Il faut préserver ceux qui sont « dans le tuyau » aujourd'hui. On ne peut pas dire à quelqu'un qui est actuellement interne, qui est entré avec certaines règles, qu'il va devoir un an après s'adapter à des règles complètement différentes. Cela signifie que les réflexions aboutiront dans dix ans.

Par ailleurs, la réflexion ne doit pas se limiter au secteur libéral. Elle concerne tous les secteurs. Dans la discussion sur la réforme de l'assurance maladie, il est anormal que l'on parte du principe que l'hôpital public est laissé de côté, parce que c'est l'affaire de l'État et que les syndicats descendent dans la rue dès que l'on y touche. Traiter secteur par secteur serait une erreur. Le problème de la démographie doit être géré globalement, tous secteurs confondus. Il est peut-être possible d'expliquer à un médecin qu'il ne peut pas s'installer dans tel endroit, mais qu'il peut aller dans tel autre (Ardennes...), ou imaginer qu'il reste trois ou quatre ans à l'hôpital. La réflexion concerne non seulement les carrières libérales, mais aussi les carrières hospitalières.

Concernant la formation continue obligatoire, certains se souviennent de mes propos lors des ordonnances Juppé. Je suis un fervent partisan de la formation continue obligatoire. Le texte des ordonnances de l'époque était parfait ; il ne fallait pas le

modifier. De plus, il semble aujourd'hui difficile à mettre en place. La formation continue obligatoire est indispensable, à condition d'être organisée par la profession. Il faut que la profession s'implique, s'approprie les mesures. Ce sont clairement des mesures contraignantes. En outre, l'évaluation de toutes les pratiques professionnelles doit s'accélérer. Au Québec, cela se fait déjà. Nous pouvons nous en inspirer. Les unions de médecins se sont engagées dans cette voie. En définitive, il y a de nombreux outils pour responsabiliser suffisamment les professionnels de santé.

D'autres acteurs sont en jeu. Pour les assurés sociaux (usagers), le dossier médical unique est un outil indispensable. En 1993, nous avons inscrit dans la convention le dossier médical unique. De plus, nous avons convaincu Mme Veil de la nécessité de légiférer sur ce point. En 1994, une loi créant le dossier médical unique a été votée. Le Gouvernement avait renoncé à l'aspect obligatoire. Le dossier médical unique devait être tenu par le médecin généraliste ou le pédiatre. Tout ceci a ensuite été balayé. Cette notion ne sort pas de terre aujourd'hui. Elle existait, mais n'avait jamais vu le jour, et avait été attaquée par le fait d'avoir voulu sortir un carnet de santé papier, avec tous les problèmes de secrets professionnels que cela pose. Un dossier médical unique, à condition qu'il soit opposable, est indispensable à tous points de vue, notamment pour contrer les interactions médicamenteuses. Ce dossier médical n'a pas besoin de réunir une somme considérable d'informations. Il suffit d'indiquer les derniers traitements mis en route et les derniers examens qui ont été faits. Il est inutile d'avoir un document exhaustif.

M. Alain GOURNAC - Monsieur le président, vous utilisez fréquemment les termes de responsabilité et responsabilisation, et je suis bien d'accord avec vous. Or comment voulez-vous être responsable quand vous ignorez combien coûte votre séjour à l'hôpital ? De même, que penser quand on vous demande de jeter les trois quarts de votre boîte de médicaments ? J'estime qu'il faut rappeler la responsabilisation totale du prescripteur. Malheureusement, les médecins sont souvent perçus comme bons quand ils ont rempli une belle ordonnance, avec beaucoup de médicaments. Il faut donner à l'assuré la possibilité d'être responsable. En tant qu'élu municipal, je peux témoigner que, lorsque je fais une réflexion à un salarié de la mairie, il me dit : « Demain, je serai en arrêt de travail. » Cela semble incroyable que le médecin soit complice. Pourtant, le lendemain, vous recevez une feuille d'arrêt de travail de quinze jours. Il faut que tout le monde soit responsable, et fasse preuve de courage.

M. Jean-Louis LORRAIN - Quelles sont les limites de l'indépendance et de la responsabilité évoquées par M. Maffioli, alors qu'il existe une étroite liaison entre les secteurs de la ville et de l'hôpital ? Quid de l'indépendance, si l'on adhère à des filières de soins, et à la notion de médecin référent ? Il est vrai que la responsabilité a été effective. Des résultats ont été obtenus avec les génériques et avec les visites à domicile, et par ailleurs, les bonnes pratiques sont celles que l'on nous a enseignées en faculté, alors que de nombreuses prescriptions dépassent les indications, voire ne correspondent pas aux indications. Il est permis de s'interroger sur les bonnes pratiques (tout en faisant le lien avec la notion de dépendance). Ne serait-il pas grand temps de renouer avec la notion de contrôle médical (évaluation, etc.) ? Il ne faut pas oublier que l'assurance maladie est financée largement par l'État.

M. Guy FISCHER - Monsieur le président, vous avez insisté sur le problème de la gouvernance. Les ministres ne répondent pas clairement à ce sujet. Ils entretiennent le flou. Certains défendent la légitimité des partenaires sociaux actuels. La présidente qui vous a précédé a bien précisé sa position à cet égard. Pour vous, le paritarisme a vécu. L'assurance maladie ne pourra se régénérer qu'avec une autre gouvernance, assise sur quatre pieds : vous ajoutez les usagers aux gestionnaires habituels.

M. Claude MAFFIOLI - Une Haute autorité est nécessaire, à condition qu'elle soit totalement indépendante et ne serve pas qu'à cautionner les prises de décisions ultérieures. Je partage totalement ce que vous avez dit sur la responsabilisation des assurés. De multiples petites mesures sont à prendre. En cas d'ALD, prise en charge à 100 %, dans la pratique courante, si le médecin demande s'il faut faire un examen, le patient déclare tout de suite qu'il est remboursé à 100 %. Notre société dérive vers une impression que la médecine ne coûte rien. Il est néfaste de donner l'impression aux gens que tout est payé pour eux. Nous sommes opposés au tiers payant généralisé. Si nous généralisons tout cela, l'envers de la médaille serait l'irresponsabilité des gens. La CMU est, à ce titre, déjà un outil puissant. Si une femme enceinte veut avoir chaque mois une échographie de son enfant, elle le pourra, mais il n'appartient pas à la solidarité nationale de la payer.

Par ailleurs, concernant le contrôle médical, j'aurais beaucoup à dire sur la définition de l'indépendance des professionnels et des structures. Vous le savez, nous sommes opposés aux médecins référents, car nous considérons que le système réglementaire (le médecin référent étant uniquement basé sur une tâche réglementaire) reposant sur un praticien pivot n'est pas acceptable. Le pivot du système de santé ne peut être que le patient. Autour de lui se trouvent les différents acteurs avec des règles de fonctionnement. C'est pourquoi, plus que les médecins référents, nous sommes favorables à la mise en place de réseaux.

Concernant le contrôle médical des caisses, la réforme doit aller au-delà de la notion de contrôle. Il est certes logique que les médecins conseils des caisses aillent contrôler si tel acte a été bien coté. Mais il serait inefficace d'aller au-delà, en leur donnant un rôle de contrôle et d'évaluation des pratiques professionnelles. En effet, si la même personne est chargée de l'évaluation et de la sanction, alors l'évaluation ne marche pas. Il faut séparer les deux fonctions. Par ailleurs, si les médecins conseils n'ont qu'un rôle de sanction et de « flic », alors les professions rejeteront l'idée d'être en contact avec eux. De plus, j'ai connu les médecins conseils qui devenaient médecins conseils des caisses après avoir pratiqué la médecine. Ils étaient excellents médecins conseils. Aujourd'hui, ils occupent cette fonction directement à leur sortie de la Faculté. De 1993 à 1995, le travail en commun avec les médecins conseils des caisses a été extraordinaire. Nous allions, main dans la main, vendre les RMO partout en France. Pourquoi ne pas recommencer ? Si l'on met en place l'évaluation des pratiques professionnelles par les professions et par les unions, pourquoi ne pas donner aux médecins conseils des caisses un rôle de travail en commun région par région ?

Pour finir, le problème de la présence des usagers est à soulever. Le paritarisme tel que nous l'avons connu n'a plus de raison d'être, car les choses ont évolué, et le champ de l'assurance maladie s'est élargi. Nous avons besoin de revoir la composition des caisses de gestion des assurances maladie. Les syndicats de salariés ne sont pas les seuls à être représentatifs du monde des patients.

Audition de M. Pierre PERRIN,
président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)
(mercredi 5 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Je vous remercie d'accueillir à présent Pierre Perrin, président de l'UPA. Vous pouvez lui poser vos questions.

M. Alain VASSELE, rapporteur - Monsieur le président, voici mes questions. Concernant la gouvernance, vous connaissez le diagnostic du Haut conseil. Quelles sont les pistes à envisager ? Le paritarisme a-t-il encore sa raison d'être ? Quelle forme le paritarisme rénové peut-il prendre ? Quel est le rôle des partenaires sociaux ? Quel est celui de l'État ? Doit-il y avoir un partage des responsabilités ?

Par ailleurs, concernant la responsabilisation des acteurs, quatre niveaux sont à prendre en compte : l'État, les professionnels de santé, les usagers et les gestionnaires (les partenaires sociaux). Quel est votre sentiment sur les évolutions futures en la matière ? Comment responsabiliser chacun des acteurs ?

Enfin, quelles sont les recettes que vous prévoyez pour alimenter les dépenses de l'assurance maladie ? Celles d'aujourd'hui sont-elles suffisantes ? Faut-il en créer d'autres ? L'équilibre peut-il être atteint par la maîtrise des dépenses ? Quelles conséquences en tirez-vous en matière de gouvernance ? Quel rôle continuer à confier à la loi de financement de la sécurité sociale ? A-t-elle encore sa raison d'être ?

M. Pierre PERRIN - Merci à tous d'accueillir l'UPA aujourd'hui. Par responsabilité citoyenne, et par responsabilité d'organisation, l'UPA estime que la réforme est indispensable et souhaite qu'elle soit rapide, puisque le déséquilibre financier se creuse chaque jour plus gravement. La réforme doit être courageuse. L'UPA considère qu'il faut accorder la priorité à la maîtrise des dépenses. L'UPA souhaite s'impliquer dans le projet de réforme ainsi que dans la gestion paritaire à l'avenir. L'UPA est la seule organisation patronale à toujours participer à la gestion des caisses maladies, et a tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises, notamment il y a maintenant un an. L'UPA a participé aux travaux du Haut conseil et aux huit groupes de travail. Enfin, nous avons été reçus par M. Mattei et M. Douste-Blazy.

Concernant la gouvernance, le diagnostic partagé qui a été dressé par le Haut conseil sur l'avenir de l'assurance maladie permet de dégager des pistes et un consensus. Il est nécessaire de conserver un système d'assurance maladie solidaire et plus économe en termes de prélèvements obligatoires, en agissant à deux niveaux : réorganiser le système de soins autour d'un meilleur rapport qualité prix, et faire évoluer certains paramètres de la prise en charge, sans remettre en cause ses principes.

Le Haut conseil a estimé qu'il fallait agir franchement en faveur d'une plus grande diversité d'expression et de représentation directe des usagers dans les différentes instances du système d'assurance maladie. L'UPA a toujours indiqué qu'elle n'accepte pas que la direction des organismes sociaux soit ouverte aux usagers, car ils sont tout simplement déjà présents au travers de la représentativité actuelle. Pour autant, s'agissant des assureurs complémentaires comme des professionnels de santé, l'UPA n'est pas opposée à une représentation de ces acteurs aux côtés des partenaires sociaux, dans d'autres instances à créer.

En ce qui concerne le rôle de l'État, l'UPA considère qu'il faut définir plus clairement les responsabilités relevant des gestionnaires de l'assurance maladie, au regard de celles qui reviennent légitimement à la puissance publique. Il ne s'agit pas d'évincer l'État pour le remplacer par les partenaires sociaux, mais que ces derniers exercent leurs responsabilités de représentants des assurés et des financeurs, dans le cadre d'une politique de santé clairement arrêtée et explicitée.

La CNAMTS doit développer une politique avec les professionnels de santé, qui vise à les responsabiliser et qui ne soit pas uniquement fondée sur des ajustements de tarifs. Les gestionnaires doivent avoir la responsabilité et les moyens de négocier avec l'ensemble des fournisseurs de soins. Outre la fixation d'enveloppes de dépenses en fonction de priorités de santé publique, il nous semble qu'une telle vision d'ensemble permettrait de dépasser les clivages traditionnels (maîtrise comptable et maîtrise médicalisée), et d'aboutir à la définition d'un panier de biens et de services de santé nécessaires, relevant de la solidarité collective.

S'agissant de l'éventuelle création de nouvelles structures, les travaux qui auront suivi le diagnostic du Haut conseil (notamment les rencontres ministérielles sur le sujet) montrent que le schéma aujourd'hui envisagé par le ministre de la santé répondrait à certaines de nos préoccupations, en définissant plus clairement les rôles respectifs de chacun des acteurs. Une agence de l'assurance maladie serait gouvernée par un directoire, chargé de gérer l'assurance maladie au quotidien, sous l'œil d'un conseil de surveillance ou d'orientation. Ce dernier serait notamment composé de partenaires sociaux. L'État limiterait son rôle à la fixation des grandes orientations de santé publique et du périmètre des remboursements, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale. Enfin, une haute autorité scientifique et sociétale, au sein de laquelle siègeraient des représentants des partenaires sociaux, des scientifiques et des médecins serait chargée de conseiller le Gouvernement en amont sur l'utilité, le coût et l'efficacité des traitements et des médicaments.

Concernant la gestion des caisses de sécurité sociale, l'UPA est très attachée à une gestion paritaire stricte, notamment pour ce qui concerne la CNAMTS. Pour elle, à l'intérieur du schéma envisagé aujourd'hui, ce principe ne saurait être remis en cause. L'UPA considère que le paritarisme entre les représentants des organisations syndicales de salariés et les représentants des organisations syndicales patronales est une condition indispensable pour garantir une bonne gestion de l'assurance maladie.

Par ailleurs, concernant la question de la responsabilisation des acteurs du système, l'UPA considère qu'elle est effectivement indispensable. Il faut notamment responsabiliser les usagers dans leur consommation de soins. Ceci suppose une double rationalisation, au niveau de la demande et au niveau de l'offre de soins. Pour ce qui est de la demande de soins, nous sommes favorables au déremboursement de tout médicament ne remplissant pas des critères de service médical rendu. Plus généralement, nous souhaitons une distinction nette entre ce qui relève de la solidarité collective (panier de biens et services) et ce qui doit être à la charge de chaque individu, selon son choix et ses possibilités. Selon l'UPA, il existe un droit implicite, où les usagers sont libres de consulter qui ils veulent, autant qu'ils le souhaitent et quand ils le souhaitent, voire de changer de praticien pour une même affection ayant déjà été prise en charge par l'assurance maladie sans que les remboursements effectués par celle-ci ne soient remis en cause. Il faut passer de ce droit implicite à un droit explicite, ce qui suppose que la communauté scientifique détermine des prescriptions ou soins raisonnablement nécessaires pour telle ou telle pathologie. Les usagers pourraient ainsi être remboursés dans les limites qui seraient définies dans des protocoles par la communauté scientifique. De plus, ils pourraient bénéficier de tel ou tel acte hors protocole, librement et à leur charge.

La mise en place du carnet de santé, y compris pour les adultes, aurait permis d'atteindre cet objectif, assurant une traçabilité des soins et des prescriptions. Nous nous inscrivons à présent dans une démarche de progrès. A cet égard, nous souhaitons vivement que la carte vitale permette enfin une vraie traçabilité des soins, dans une perspective de maîtrise des dépenses et de santé publique (surconsommation médicale), et pour l'amélioration de la qualité des soins.

La responsabilisation des professionnels de santé repose, selon nous, sur des évolutions en termes de coordination des soins. Seule une coordination renforcée des soins permettrait de supprimer, ou du moins de réduire, les successions (voire redondances) de soins. C'est d'ailleurs dans cette perspective que s'inscrivait le dispositif médecin référent, malheureusement resté inappliqué. Passer d'une juxtaposition de producteurs de soins à un système de filières de soins, coordonnées et vraiment complémentaires, est à notre avis l'une des voies les plus souhaitables pour renouer avec l'égal accès aux soins et la qualité médicale.

La troisième question concerne les recettes. Pour nous, la priorité va à une meilleure gestion des dépenses, via une responsabilisation des acteurs, notamment des patients. Pour l'UPA, il ne saurait être question de faire appel aux assurés sociaux pour financer les dérapages des dépenses par une augmentation des cotisations sur la main-d'œuvre. Ce sont les dépenses qui doivent être adaptées aux recettes et non l'inverse. C'est un raisonnement de chef d'entreprise, mais il a tout son sens. La prise en charge de soins de qualité ne peut être garantie que si son niveau est compatible avec la charge que peut assumer l'économie de notre pays. C'est pourquoi l'UPA considère que l'assurance maladie ne devrait assurer le remboursement de biens et services que s'ils ont fait leurs preuves en termes d'efficacité. La solidarité collective ne doit pas assurer la prise en charge de soins dont l'efficacité médicale n'est pas démontrée. Si des patients souhaitent utiliser un médicament plutôt qu'un autre moins onéreux, ils en sont libres, mais à leur charge.

En ce qui concerne le financement du système de protection sociale, l'UPA souhaite pour sa part vivement que le transfert de charges contribuant à l'amélioration de l'emploi soit poursuivi. Il faut rappeler qu'à ce jour, la réforme des cotisations patronales n'a toujours pas été engagée. Depuis vingt ans, l'UPA demande l'engagement d'une profonde révision du système de financement de la protection sociale, ses limites étant manifestement atteintes. Le système de financement est assis sur les seuls revenus du travail. Or ce dispositif avait sa justification jusque dans les années 70, et la richesse était alors très largement générée par la main-d'œuvre. Il est aujourd'hui totalement adapté et insuffisant. Avec 800.000 entreprises, employant près de deux millions de salariés, l'artisanat a su faire la preuve de son dynamisme et de sa capacité à créer des emplois. Il est quasiment le seul secteur à créer des emplois. Il ne faut pas pénaliser le secteur par une taxe qui porte seulement sur les salaires. En outre, de 1981 à 1995, en réduisant de près d'un million de personnes leurs effectifs salariés, les entreprises de plus de 200 salariés se sont exonérées de près de 13 milliards d'euros de charges par an, alors que, sur la même période, en créant plus d'un million d'emplois nouveaux, les entreprises de moins de vingt salariés ont connu un surcoût de cotisations proche de 60 milliards de francs. Il est bon de garder ces informations à l'esprit aujourd'hui.

L'UPA approuve depuis l'origine le choix de la CSG comme support de l'opération de transfert des charges, notamment pour l'assurance maladie. L'UPA reste favorable à la participation des autres revenus que ceux du travail au financement de la protection sociale. Toutefois, cette participation ne doit pas altérer le principe du paritarisme strict pour ce qui est de la gouvernance du système. Enfin, l'élargissement de l'assiette de la CSG, dans le cadre de la CMU, ne doit pas faire perdre de vue que les

payeurs restent très largement les entreprises et les salariés, au travers des cotisations sociales.

M. Guy FISCHER - Concernant la gouvernance, vous précisez que vous êtes pour le maintien du paritarisme strict. De toute évidence, on n'y voit pas encore très clair. Vous avez défini l'agence d'assurance maladie, qui regrouperait les trois caisses actuelles, mais comment placez-vous la forte demande qui peut apparaître, à travers les mutuelles, les complémentaires, les professionnels et les usagers ? N'y a-t-il pas là une discussion à approfondir ? Pour certains, le paritarisme strict, dont vous vous prévalez, a vécu. Celui-ci doit-il être élargi ?

M. Bernard CAZEAU - Monsieur le président, concernant la responsabilité des acteurs, l'une de vos publications indique que le contrôle des indemnités journalières doit être systématique pour tous les arrêts de travail supérieurs à trois jours, et préconise la mise en place de sanctions pour le médecin prescripteur si l'arrêt de travail n'est pas justifié. Ce projet est-il possible ? Comment comptez-vous faire ?

M. Alain GOURNAC - Monsieur le président, vous dites qu'il ne faut pas que les usagers soient associés à la gestion, puisqu'ils sont représentés par l'intermédiaire des syndicats. Mais alors, comment demander qu'ils soient plus responsables ? Dans l'esprit du patient, la compétence du médecin se mesure à la taille de l'ordonnance.

M. Nicolas ABOUT, président - En d'autres termes, comment rester gestionnaire quand on n'a pas la maîtrise de la dépense, ni celle de la recette ? Quelle est la crédibilité des partenaires sociaux ?

M. Pierre PERRIN - Il est vrai qu'aujourd'hui l'articulation de l'organisation est encore un peu floue. Cependant, l'organisation comprend trois niveaux. La communauté scientifique définit l'utilité des médicaments au Haut conseil de la santé publique. L'État prend ses responsabilités et définit les grandes lignes de santé publique. Enfin, la gestion comprend deux pôles. Le premier est un pôle de gestion paritaire, avec des responsabilités beaucoup plus nettes, sans la possibilité qui existe aujourd'hui de voir l'État intervenir à tout moment, en perturbant l'équilibre des caisses. Le second se compose des assurances complémentaires, des mutualités et des professions de santé.

La deuxième question a été posée par Bernard Cazeau. Je n'ai pas souvenir de la communication qu'il évoque (la CAPEB, et non l'UPA). Cependant, il y a des réunions sur l'ensemble du territoire, notamment en ce qui concerne l'indemnité pour les arrêts de travail, et il est vrai que nos collègues sont un peu excités. Nos entreprises sont à caractère familial. Il est évident que, en cas de nécessité, il y a des arrêts de travail, mais nous constatons peu d'abus.

M. Pierre BURBAN - Les chiffres montrent une augmentation substantielle du montant des indemnités journalières. Le ministre précédent l'avait évoquée au cours de la dernière Commission des comptes de la sécurité sociale. Les usages de certaines entreprises, notamment pour les salariés âgés, sont en cause. Face à cette explosion, il est souhaitable que le dispositif soit mieux contrôlé.

M. Pierre PERRIN - La question d'Alain Gournac concernait la présence des usagers. Nous estimons que ceux-ci sont largement représentés, car nous sommes tous usagers. De plus, cela doit s'envisager avec le protocole de soins. C'est le point essentiel du dispositif. Il faut bien définir pour telle ou telle pathologie ce que l'on doit faire, le nombre de visites et de prestations qui sont autorisées et remboursées.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, je vous remercie.

**Audition de MM. Georges TISSIÉ, directeur des affaires sociales,
et Jean-Louis JAMET, secrétaire du bureau confédéral
de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)**
(mercredi 5 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Nous accueillons maintenant MM. Georges Tissié et Jean-Louis Jamet.

M. Jean-Louis JAMET - Je pense que tout le monde est au courant du problème. Pendant la phase de diagnostic de conseil, nous avons obtenu un consensus. Cependant, dès que la phase de proposition a commencé, les choses sont devenues plus conflictuelles.

La CGPME dresse tout d'abord un constat. Nous avons considéré que l'assurance maladie a puissamment contribué au développement du système de santé et à l'égalité d'accès aux soins (généralisation du régime obligatoire et diffusion très large des couvertures complémentaires), bien que certains soient un peu à l'écart. Les régimes obligatoires remboursent 76 % des dépenses. Le taux de prise en charge est de 81 %. Pour l'hôpital, ce taux est de 97 %.

Le problème réside dans la croissance exponentielle des dépenses, qui est plus rapide que le PIB, comme dans tous les pays développés. Si cela continue, le système devient inflationniste, c'est-à-dire que les cotisations augmentent corrélativement aux prestations. Le financement du système de santé, en l'absence de croissance, se fait alors au détriment d'autres secteurs (transport, logement) et correspond à un choix de société. Toutefois, l'évolution des soins est considérable depuis 50 ans. Le développement de la technique et de l'espérance de vie est tel que l'on ne pourra plus tout rembourser. La technique est de plus en plus chère et coûteuse. Si l'on veut un système de santé moderne, les patients doivent bénéficier des nouvelles technologies les plus modernes et les plus coûteuses. La part des personnes âgées dans la population induit des choix dans ce qui doit être remboursé. Actuellement, un nombre considérable de choses sont remboursées. A l'avenir, le petit risque ne pourra plus être remboursé. Or la culture française depuis 50 ans est d'ouvrir le remboursement à tous les risques, même petits. Le remboursement du petit risque nécessiterait la moitié du revenu des ménages, ce qui ne serait pas acceptable.

Le président de la République a indiqué qu'il faut conserver la qualité des soins, l'égalité d'accès, une prise en charge obligatoire et complémentaire pour tous, et un système solidaire, tout en étant économe au niveau des prélèvements. Ceux qui sont le plus en difficulté sont ceux qui sont au-dessus du seuil de la CMU, mais n'ont pas assez de moyens pour une complémentaire. C'est pourquoi nous avons l'idée d'instaurer une complémentaire générale. Bien évidemment, cela constitue une dépense.

La CGPME considère que quatre chantiers sont à mener aujourd'hui pour aboutir à cette réforme. Pour la première fois, il faut faire une réforme structurelle. Jusqu'à présent, il y a eu 18 plans conjoncturels partiels en 25 ans. Il n'y avait pas d'action dans la durée. Le système s'est développé sans réelle gouvernance.

Nous estimons qu'il faut mettre en œuvre au profit des gestionnaires un plan de maîtrise des dépenses. L'échec des précédentes tentatives de maîtrise des dépenses tient peut-être à une rigidité excessive vis-à-vis des professionnels de santé (enveloppe

globale). L'accès facile aux soins est par ailleurs source de comportements négligents, laxistes, de consommation et de prescription. Nous proposons de responsabiliser tous les acteurs.

Un gros travail de communication est à accomplir auprès des patients, car souvent, les gens n'ont pas la bonne information. De plus, il faut des moyens de maîtrise et de coordination des soins (secteur libéral, coordination entre hôpital et ville). Nous sommes favorables au carnet de santé obligatoire. Il doit absolument être mis en œuvre, que ce soit sous forme papier ou informatique. Nous avons les moyens requis, en termes de technologie. Cela favoriserait une bonne utilisation des soins, en évitant le nomadisme du patient dont le médecin n'est pas informé.

Par ailleurs, la carte vitale a été évoquée hier dans les médias. Dix millions de cartes vitales en trop ne signifient pas qu'il y ait dix millions de fraudeurs. Il y a eu beaucoup de cartes perdues, qui ont dû être refaites. Nous sommes aussi favorables à l'ajout d'une photo d'identité sur la carte.

En outre, il faut développer le suivi obligatoire des différents profils (patient, professionnel de santé). Pour éviter la déresponsabilisation, nous estimons également qu'il faut faire appel à la responsabilité financière des consommateurs de soins (ticket modérateur d'ordre public, systèmes de franchises par seuil comme au Québec). Il faut utiliser tous les leviers pour faire des économies, tout en veillant à ce que chaque euro dépensé le soit à bon escient. La gratuité systématique est source de gaspillage et de déresponsabilisation.

Pour les prescripteurs, il faut revenir aux références médicales opposables, qui avaient été initiées mais non suivies d'effets en raison d'une résistance des professionnels. Il est temps de mobiliser ces derniers en leur faisant comprendre que c'est nécessaire et en leur donnant des compensations. Les références médicales sont aussi un problème de santé : on ne doit pouvoir prescrire que ce qui entre vraiment dans le cadre de la maladie du patient.

Pour ce qui est de l'hôpital, la tarification à la pathologie va dans le bon sens. Elle doit être mise en œuvre, ce qui va demander un certain temps. Il faudrait refonder un conventionnement avec les professionnels de santé, et avec les caisses d'assurance maladie, pour qu'ils adhèrent davantage à la réforme nécessaire.

De plus, il convient de réformer structurellement les grands axes d'organisation du système. La CGPME a notamment soutenu la réforme de 1996 sur le principe de la loi de financement de sécurité sociale. Elle n'a pas joué son rôle véritable. Elle n'a fait que rassembler les dispositions indicatives, sans avoir de caractère réellement obligatoire. La loi de financement, en train de revenir à son objet initial, devrait selon nous prévoir le niveau des recettes et des dépenses pour chacun des dossiers qui sont traités, avec un objectif d'équilibre des deux termes. Cela peut prendre la forme d'une loi de programmation sur plusieurs années. De nouvelles maladies peuvent apparaître, voire des épidémies, et il n'est pas possible de bloquer tous les moyens dans une enveloppe annuelle.

Corrélativement, il faudra revoir le panier de soins et de services médicaux que j'ai évoqué tout à l'heure mais aussi examiner la part du régime obligatoire et du régime complémentaire. Le régime obligatoire actuel prend en charge plus de 90 % des dépenses, ce qui peut sembler élevé. Il faut trouver comment le réduire, tout en étant attentif à l'augmentation des cotisations des complémentaires. Au sein des complémentaires, on peut aussi trouver plusieurs niveaux de remboursement, laissés à l'appréciation du consommateur. Il ne s'agit plus d'assurance maladie, mais de sécurité

sociale. Les Français cotisent à la sécurité sociale, ils estiment que le remboursement est un droit. Or l'assurance sociale n'a pas cette vocation.

Par ailleurs, nous sommes préoccupés par la question de la recherche de financements nouveaux, en tant qu'organisation patronale, et vu les cotisations payées par les entreprises pour l'assurance maladie. Nous sommes hostiles à une augmentation des cotisations. Dans la situation actuelle, les économies ne seront pas obtenues du jour au lendemain, notamment à l'hôpital, mais aussi en ville. Le déficit peut continuer à croître encore pendant quelque temps. La CSG, qui est l'impôt le plus acceptable car tout le monde y contribue, ne devrait être que provisoire. Enfin, en matière de gouvernance, les montants du budget de la sécurité sociale sont considérables, alors qu'il n'y a pas de gouvernance efficace. Nous plaidons pour un système de gouvernance nouveau, qui ait « un pilote dans l'avion ». Aujourd'hui, l'organisme gestionnaire gère au fil de l'eau. Il n'y a pas de vraie politique de financement et de gestion à long terme.

Plusieurs options sont à envisager. On peut notamment penser à une organisation paritaire, comme avant, pour autant que les syndicats patronaux aient un vrai pouvoir de gestion. Une institution de gestionnaires paritaires pourrait être proposée, avec les employeurs et les cinq syndicats salariés. Dans ce cadre, un Haut conseil de santé donnerait les grandes orientations sanitaires du pays, et le conseil paritaire serait le gestionnaire, avec un directeur général ayant un pouvoir de gestion, et rapportant devant le directoire. Nous sommes très attachés à l'aspect paritaire.

Si cette proposition n'était pas adoptée, l'État serait le seul gestionnaire effectif, la CGPME n'intervenant que dans une sorte de « conseil de surveillance » pour exprimer ses positions, ce qui ne serait pas franchement satisfaisant. Une architecture à double structure peut également être envisagée, avec un directoire et un conseil de surveillance.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur le secrétaire confédéral, vous avez répondu par avance à nos questions. Il n'en reste qu'une à vous poser. Vous avez participé au Haut conseil pour l'avenir de la réforme de l'assurance maladie. Nous avons réussi, dans le cadre de cette instance, à dégager un consensus partagé. Avez-vous le sentiment, au moins pour certaines pistes de la réforme, que nous pourrions dégager le même consensus ? Quels sont les points où vous estimez que le consensus sera difficile à obtenir ? Sur la gouvernance, est-il nécessaire selon vous de mieux définir le périmètre des dépenses qui seront à la charge de l'État, et de celles qui seront à la charge de la sécurité sociale ? Doit-il y avoir des cloisons étanches entre les deux ? Cela serait-il réaliste ?

M. Jean-Louis JAMET - Le Haut conseil a réuni tous les acteurs concernés par la question. Le constat est difficile. Les propositions opposent plusieurs blocs. Les syndicats de salariés parlent de casse sociale, ou de régression sociale, dès que l'on fait une réforme qui responsabilise un peu les gens. Il faut trouver, à l'intérieur des centrales, quelques interlocuteurs qui comprennent la réforme et sont prêts à s'investir un peu, et à prendre des risques vis-à-vis de leurs mandants. La CFDT, qui aurait pu nous aider, est dans une position difficile. Nous cherchons des alliés pour ne pas faire une réforme *a minima*.

A mon sens, la communication au public est un aspect déterminant. Jusqu'à présent, nous avons mal communiqué sur le sujet. De plus, il nous faut trouver des partenaires, notamment au sein de la mutualité, pour définir le nouveau périmètre de l'obligatoire et celui du complémentaire. Les assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance sont-elles capables d'accepter une certaine redéfinition de leur couverture ? Il ne faut pas attendre une révolution, l'obligatoire ne passera pas à 50 % du

jour au lendemain. Néanmoins, un taux de 60 à 70 %, au lieu de 80 ou 85 %, serait une bonne chose.

Enfin, un lourd travail est à réaliser auprès des professionnels de santé. Le Haut conseil a constaté que ceux-ci ne sont pas prêts à changer. Or depuis quelques années, le système de santé français se dégrade. Tout le monde avait autrefois accès aux soins facilement, avec des professionnels de qualité. Aujourd'hui, il manque des professionnels dans certaines régions (anesthésistes). La difficulté de la réforme est de faire des économies en gardant une bonne qualité de soins et une bonne répartition géographique.

M. Jean-Claude ETIENNE - Monsieur le secrétaire confédéral a su se montrer assez précis dans les détails. Sur la question de la responsabilisation des acteurs, vous avez remis au goût du jour la notion de référence médicale opposable. C'est très important. Pour la première fois, j'ai entendu quelqu'un aborder le sujet en évoquant des perspectives de solutions (compensation). Avez-vous travaillé cet aspect ? Que recouvre-t-il de l'analyse de votre organisation, en termes précis ?

M. Guy FISCHER - Monsieur le secrétaire confédéral, il apparaît que la réforme doit selon vous être un projet de loi global, qui traitera des problèmes de gouvernance et de financement. Voyez-vous le paysage syndical se modifier ? Le poids de la mutualité est-il un nouvel élément à prendre en compte ? Pour ma part, je pense que les assurances privées sont en embuscade. Parfois nous disons que nous nous dirigeons vers une sorte de privatisation, notamment lorsqu'il s'agit de ne plus rembourser le petit risque.

Mme Françoise HENNERON - Monsieur le secrétaire confédéral, qu'entendez-vous par « petit risque » ? N'y a-t-il pas de graves maladies qui ont été découvertes en soignant un petit risque ?

M. Jean-Louis JAMET - Concernant les références médicales opposables, nous n'avons pas encore examiné réellement les compensations possibles. Il s'agit, pour ainsi dire, d'une piste un peu personnelle. Je pense que la CGPME est d'accord à ce sujet. Il faut trouver un moyen de fonctionner. La communication n'est pas bonne. Les rapports ont été un peu brutaux lors de la présentation, compte tenu de la mentalité d'un certain nombre de professionnels. Ils ont été réticents sur leur liberté de prescription, etc. Il faut du temps pour faire évoluer les mentalités des consommateurs et des professionnels. Lors de l'instauration de la carte vitale, les pharmaciens se sont rapidement équipés, mais les médecins ont « fait de la résistance », demandant un financement car ils étaient très peu informatisés. La sécurité sociale, pour faire avancer les choses, a été obligée de leur donner cette indemnisation. Il faudrait aussi revoir le profil, car la sécurité sociale n'intervient pas sur les dérives, qu'elle connaît, grâce aux moyens informatiques. Le profil médical des patients est connu, mais on ne s'en sert pas. C'est tout à fait malheureux. Des dérives considérables sont notamment constatées sur le Subutex, alors qu'il faut un médecin ou un pharmacien référent pour la Méthadone. Il faut qu'une feuille de route précise soit donnée aux médecins, avec la définition de ce que les médecins ont le droit de faire, et les avantages qui peuvent être discutés en contrepartie.

Sur le plan de la gouvernance (PLFSS, financement), il me semble qu'une loi doit intervenir. Tout d'abord, il est légitime que ce soit la représentation nationale qui définisse ce que le pays veut financer, car c'est un problème régalien de la France (protection sociale du pays). Il est normal que ce soit voté par la représentation nationale. Dès lors que le montant de l'enveloppe est fixé, les acteurs peuvent se réunir autour de la table. Les partenaires sociaux étant les principaux financeurs, il nous semble

logique que la gestion leur soit dévolue, en fonction de l'enveloppe qui a été définie, et d'une autorité sanitaire pour tel ou tel domaine.

Sur le plan des mutualités et des complémentaires, certains voient un marché pour eux et désirent la privatisation, c'est-à-dire le passage d'un système « étatique » à un système ultralibéral. Ce serait une mauvaise solution, et elle ne serait d'ailleurs pas acceptée. En revanche, les complémentaires et les assureurs raisonnables peuvent être une aide pour faire passer la réforme. Ils peuvent aider à pousser les professionnels de santé, qui sont un peu en retrait.

Enfin, la question sur le petit risque est uniquement une question de moyens. Je ne suis pas du tout hostile au fait de le couvrir, si nous en avons les moyens. L'évolution de la société (pyramide des âges) repose sur les jeunes, qui ne sont pas malades. Les défis de dépenses sont tels que le rhume, par exemple, ne devrait plus être pris en charge. Si le carnet de santé est introduit, avec un suivi régulier des patients, et un développement de la prévention, alors le dépistage systématique des salariés de la médecine du travail permettra d'économiser de nombreuses dépenses futures. Tout dépend de la façon dont on définit le petit risque. J'estime qu'il ne sera pas possible de tout rembourser. Trop de facteurs sont cumulés : le vieillissement de la population, le coût de la technologie et le défi de la dépendance. Il est important de prévenir et d'essayer de définir ce petit risque, qui permettra des économies.

Présidence de cette fin d'audition assurée par M. Alain Gournac en remplacement de M. Nicolas About, président.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur le secrétaire confédéral, vous êtes le deuxième à adopter la même position en ce qui concerne le financement : vous préférez que l'action soit concentrée sur les dépenses plus que sur les recettes. A ce stade, avez-vous une idée des économies potentielles sur les dépenses en masses de crédits ? Ces économies potentielles sont-elles ciblées ? Arrivons-nous à l'équilibre des comptes, en définitive ?

M. Jean-Louis JAMET - Nous n'avons pas de réponse précise et analytique, mais nous estimons cependant que six milliards d'euros peuvent être économisés rapidement. Je pense que les possibilités d'économie sont plus importantes, sans remettre en cause la prévoyance sociale en France. Cela demandera du temps. Il faut faire bouger les esprits. Il faut que les mesures s'additionnent, notamment pour vaincre les résistances à l'hôpital. De même, des économies considérables sont possibles à l'assistance publique (personnel administratif trop important) Cela ne remet pas en cause le système. L'augmentation des cotisations est la solution de facilité, qui a toujours été adoptée. Au fur et à mesure, elle devient anti-économique et malsaine.

M. le PRÉSIDENT - Je vous remercie, monsieur le secrétaire confédéral. J'ai particulièrement apprécié votre compétence pour répondre à ces questions, ayant constaté que vous êtes pharmacien.

**Audition de M. Jean-Louis DEROUSSEN, secrétaire général adjoint,
chargé de la protection sociale,
de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)**
(mercredi 12 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Chers collègues, nous poursuivons nos auditions sur la réforme de l'assurance maladie, en accueillant aujourd'hui Jean-Louis Deroussen, secrétaire général adjoint, chargé de la protection sociale de la Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC). Monsieur le secrétaire général, pouvez-vous nous présenter votre vision du texte tel que nous le connaissons aujourd'hui ? Vous aurez dix minutes pour le faire, puis le rapporteur et nos commissaires vous interrogeront.

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Nous sommes véritablement au cœur de la réforme et nous parlons jour et nuit d'assurance maladie. Nous venons d'ailleurs d'achever cette nuit nos entretiens sur les questions de délégation de gestion. Le calendrier que le ministère nous a présenté est effectivement assez serré. Il nous a proposé une méthode de dialogue bilatéral et multilatéral, selon les convenances des uns et des autres, pour que la proposition de loi soit transmise pour avis aux caisses nationales le 28 mai. Il souhaite donc avoir un texte définitif le 25 mai. Celui-ci sera ensuite remis au Conseil d'État qui rendra son avis le 1^{er} juin avant que le Conseil des ministres ne se prononce le 16 juin. Nous entrerons ensuite dans la phase de débat parlementaire, le ministère ayant pour objectif de clore le dossier début août, avant la fin de la session parlementaire. On a donné trois semaines aux partenaires sociaux pour travailler sur ce dossier. On nous a notamment remis vendredi dernier un document thématique de vingt-et-une pages portant sur dix-sept sujets principaux, articulés autour de trois points : la gouvernance, la réorganisation de l'offre de soins et l'apurement de la dette.

Tout le monde a pris conscience de la nécessité de réorganiser le système de soins. Le diagnostic – partagé – du Haut conseil constitue notre feuille de route pour réformer l'assurance maladie, même si nous préférons employer le terme « moderniser ». Le mot « réforme » nous fait en effet peur car il donne l'impression de remettre en cause des valeurs fondamentales auxquelles la CFTC reste attachée (solidarité, égalité de l'accès aux soins, diversification et adaptation de l'offre de soins à chaque individu...). A partir de ce principe, le rapport du Haut conseil est assez clair. Il indique qu'il n'y a pas de « pilote » dans l'avion de l'assurance maladie. Il est donc temps d'en désigner un pour mieux gouverner ce système.

La CFTC estime qu'il faut s'attaquer sérieusement à cette réorganisation car la question de l'équilibre du budget ne peut pas être remise en cause tous les ans, avec un déficit qui se creuse sans cesse. L'organisation de l'assurance maladie ne permet plus d'assurer l'équilibre entre recettes et dépenses. Nous avons donc besoin, en priorité, de voir ce qui peut être fait pour maîtriser les dépenses, dont on sait qu'elles continueront à augmenter, d'abord à cause du vieillissement de la population et des évolutions technologiques, mais aussi, selon nous, à cause de cette mauvaise organisation. On parle souvent d'abus et de gaspillages mais je crois surtout que l'argent consacré à l'assurance maladie est mal utilisé. Il nous semble prioritaire de s'attaquer à ce problème et des pistes se dégagent. Le Haut conseil en a énuméré certaines comme le dossier médical partagé ou le passage obligé par un médecin référent – je pense d'ailleurs que le

« nomadisme médical » n'est pas forcément dû à des patients qui souhaiteraient abuser du système mais à une mauvaise organisation, le patient n'étant pas informé du meilleur parcours de soins. Dans ce domaine, certaines pistes semblent faciles à mettre en œuvre, même si la création d'un dossier médical informatisé prend du temps (cela a pris dix ans au Danemark). Mais puisque cette question fait l'objet d'un consensus, ce n'est plus qu'une affaire technologique que nous devrions être capables de traiter en moins de deux ans.

Il faut aussi poser la question de l'hôpital qui représente aujourd'hui la moitié des dépenses de l'assurance maladie. Dans son premier diagnostic, le Haut conseil est resté muet sur cette question. Les séances suivantes ont montré qu'il était largement temps de s'y attaquer, sachant que les dépenses hospitalières ne sont pas toutes justifiées et que leur efficacité doit être prouvée.

Nous sommes ouverts à toutes ces questions. Nous sommes favorables à une modernisation du système. Nous ne pouvons en effet pas accepter que ces dérives continuent. Nous souhaitons donc moderniser le système, l'adapter et trouver les moyens d'équilibrer chaque année le budget de l'assurance maladie. Il ne faut pas oublier non plus sa dette considérable, de l'ordre de 30 milliards d'euros, qu'il faudra apurer d'une façon ou d'une autre.

M. Nicolas ABOUT, président - Quelle forme peut, selon vous, prendre la responsabilisation des assurés ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - On a toujours tendance à mettre en avant la responsabilisation des usagers. Je pense que c'est surtout la mauvaise information du patient qui est à l'origine du « nomadisme médical ». Les consultations redondantes ne sont pas toujours de son fait ; elles sont parfois demandées par le médecin traitant, par le spécialiste et, parfois, par l'hôpital. Lorsqu'une hospitalisation est nécessaire, le patient se retrouve souvent dans l'obligation de satisfaire à de nouveaux examens, de nouvelles radios, etc. Je suis donc favorable à la responsabilisation des patients, mais il faut garder à l'esprit que l'ensemble des actes médicaux n'est pas de leur fait.

M. Nicolas ABOUT, président - Ainsi, le médecin référent et le dossier médical partagé seraient de nature à responsabiliser tant les assurés que les soignants.

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Le médecin est un acteur incontournable dans l'organisation du système. Si le médecin était le premier interlocuteur et le premier conseiller du patient dans son parcours médical, ce serait une source d'économies et, surtout, de meilleurs soins.

M. Nicolas ABOUT, président - Vous avez évoqué tout à l'heure le constat partagé du Haut conseil de l'assurance maladie. Considérez-vous qu'il faille établir de nouvelles relations entre les différents acteurs du système (gestionnaires, professionnels de santé et usagers) ? Faut-il une nouvelle délégation de gestion de l'assurance maladie ? Est-il nécessaire de créer de nouvelles structures ? Quel doit être le rôle de l'État ? Doit-il fixer des objectifs et laisser les partenaires sociaux décider des moyens nécessaires pour parvenir à l'équilibre ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Je crois qu'il faut abandonner le principe d'un objectif national de dépenses dont on sait pertinemment, le jour où il est voté, qu'il sera dépassé. Dans notre projet d'organisation de la délégation de gestion, nous verrions un conseil d'administration de la Caisse nationale qui serait placé au centre du système et serait responsable de la gestion. Il travaillerait avec l'État, qui fixerait les orientations de santé publique, et le Parlement, qui voterait le budget. La délégation de gestion consisterait à mettre en œuvre ces orientations de santé publique par un travail à trois entre l'État, le Parlement et les gestionnaires de la Caisse d'assurance maladie.

Pour mettre en œuvre ces orientations de santé publique, les gestionnaires travailleraient en lien étroit avec les principaux acteurs du système, à savoir les professionnels de santé et l'Union de l'assurance maladie complémentaire (mutuelles de santé, institutions de prévoyance et assureurs privés). Il y aurait donc deux blocs : l'un comprenant l'État et le Parlement et l'autre, les complémentaires et les professionnels de santé. Pour travailler, ces gestionnaires auraient besoin de l'éclairage d'une « haute autorité de santé » qui regrouperait des experts, des savants et des scientifiques, et qui donnerait, sur la question des médicaments ou des pratiques médicales, un éclairage nécessaire pour mieux gérer. Nous aurions aussi besoin de rassembler les données de santé au sein d'un « institut de la santé » qui pourrait apporter un éclairage complémentaire.

Nous restons favorables à l'existence du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Ce Haut conseil est là non seulement pour donner des orientations mais aussi pour recueillir l'avis de l'ensemble des acteurs du système. Nous avons d'ailleurs vu que les travaux menés au sein de ce Conseil ont été un précieux apport pour réfléchir à une nouvelle organisation de l'assurance maladie.

Tel est notre schéma. Il n'est pas très éloigné du premier schéma que nous avait transmis le Gouvernement à l'arrivée de M. Douste-Blazy.

M. Nicolas ABOUT, président - Une meilleure gouvernance, des objectifs clairs, une responsabilisation de tous les acteurs permettraient donc d'aboutir à des économies, mais nous savons qu'il faudra aussi des recettes nouvelles pour équilibrer le système. D'où proviendront-elles (CSG, taxe sociale sur la consommation) ? Comment voyez-vous ce réajustement financier ?

M. Jean-Louis DEROUSSIN - Nous pensons qu'il faut tout faire pour atteindre un équilibre annuel et ne pas partir de l'idée que nous serons en déficit à la fin de l'année. Pour cela, il faut rapidement mettre en œuvre certaines mesures, comme le dossier médical partagé qui permettrait de résorber la moitié du déficit actuel. Mais il faudra sans doute trouver d'autres mesures concrètes. La question est donc de savoir si les recettes actuelles suffisent à répondre aux orientations définies par l'État. La solution de facilité consisterait à réduire les dépenses, en ne prenant en charge que la moitié du prix des actes ou en déremboursant certains médicaments, mais ce n'est certainement pas le chemin à suivre. Quelles nouvelles recettes faut-il alors privilégier ? Nous pensons que les Français attendent d'être bien, voire mieux soignés. Nous pensons donc que, pour peu que l'on partage ces informations avec eux, les Français ne seront pas opposés à l'idée de mettre la main au porte-monnaie.

Il existe différentes solutions. Le Premier ministre a évoqué l'idée d'une franchise à l'acte. Les semaines précédentes, on parlait d'une franchise annuelle (les 50 premiers euros ne seraient pas remboursés). On parle aussi d'une augmentation de la CSG. Ce que nous voulons, c'est que l'effort soit partagé. Nous ne voulons pas que les patients soient les seuls à être mis à contribution. Nous ne pourrions pas l'accepter tant que le système n'aura pas été ramené à l'équilibre et sans engagement des autres acteurs, à savoir les entreprises. Nous pensons en effet que les entreprises doivent être mises à contribution pour sauver notre système de santé. Les professionnels de santé doivent eux aussi accepter d'être placés face à leurs responsabilités et accepter de ne pas voir leurs tarifs augmenter si ce sont les patients qui en font les frais.

M. André LARDEUX - Actuellement, le financement de l'assurance maladie est réparti en trois parts : la part publique, la part complémentaire et la part des assurés. Quelle est selon vous la répartition la mieux équilibrée entre ces trois parts ?

Vous avez par ailleurs évoqué l'augmentation de la CSG. Je rappelle qu'un point supplémentaire de CSG représenterait 9 milliards d'euros. Ne craignez-vous pas que cela ait un effet dévastateur sur la consommation, et donc sur l'emploi dans notre pays ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - 92 % des Français ont aujourd'hui recours à une assurance complémentaire, qu'il s'agisse d'un contrat d'entreprise, d'une mutuelle personnelle ou d'une compagnie d'assurances. Ce que nous ne souhaitons pas, c'est un désengagement de la sécurité sociale en matière de remboursement. Cela ne veut pas dire que tous les médicaments remboursés doivent continuer à l'être. Pour nous, un médicament ne doit être remboursé que s'il est efficace. Mais ce n'est pas au gestionnaire de juger de leur efficacité. Nous avons donc besoin d'une autorité indépendante. Nous ne souhaitons pas en effet qu'un médicament soit déclaré efficace par une instance dans laquelle siégerait le directeur du laboratoire qui le fabrique. Cette autorité, qui déterminera le périmètre de soins, doit permettre de mieux cibler ce qui relève du domaine de l'assurance maladie.

M. Nicolas ABOUT, président - Faut-il laisser quelque chose à la charge du patient ? Faut-il permettre aux complémentaires de rembourser des médicaments jugés inefficaces ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - La CFTC estime que la part remboursée devrait s'élever à 90 %, avec une part à la charge de l'assurance maladie de 70 % et une part complémentaire de 20 % qui, à l'instar des retraites, serait rendue obligatoire. Les 10 % resteraient à charge des patients, ce qui permettrait de les responsabiliser. Ainsi, on serait assuré que l'ensemble des Français serait pris en charge.

M. Nicolas ABOUT, président - Quel est votre avis sur l'augmentation de la CSG ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Ce serait une solution facile. Il suffirait en effet de relever la CSG de 3 % pour résorber le déficit de l'assurance maladie mais, comme nous l'ont montré les précédentes expériences, cela ne garantirait pas son équilibre sur le long terme. Si le système était mieux organisé, une hausse du taux de CSG apporterait sans doute un « coup de pouce », mais il faut se garder d'y voir une solution miracle.

M. Louis SOUVET - J'ai trois questions à vous poser. Le ministre de la santé a parlé de 10 millions de fausses cartes « Vitale ». Quelle est votre évaluation de la fraude ?

Vous parlez par ailleurs d'une assurance complémentaire rendue obligatoire. Je comprends mal cette organisation. Puisque cette assurance est rendue obligatoire, pourquoi ne pas l'intégrer à la sécurité sociale ?

Vous avez également dit que l'on ne pouvait plus accepter les dérives, qu'il fallait parvenir à l'équilibre chaque année, que les patients et les entreprises pourraient être amenés à mettre la main au porte-monnaie. Jusqu'où votre organisation est-elle prête à aller dans cette voie ? Quelle part êtes-vous prêt à assumer au titre de votre organisation ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Concernant la fraude à la carte Vitale, elle est malheureusement inévitable. Plusieurs explications sont avancées. Les étudiants conservent par exemple leur carte Vitale lorsqu'ils entrent dans le monde salarié, alors qu'ils ne dépendent plus du même organisme, et personne ne leur demande de la rendre alors qu'elle ne donne plus droit à remboursement. Autre exemple : il est inscrit au dos de la carte Vitale qu'en cas de perte, il suffit de la mettre dans une boîte aux lettres, mais

qui nous dit qu'elle est ensuite restituée à son propriétaire ? Je pense que l'assurance maladie doit être garante de ce système, comme le groupement des cartes bancaires est responsable des cartes volées ou perdues. Le gestionnaire du système doit observer cette question de près.

M. Nicolas ABOUT, président - Il faut rappeler que les cartes « Vitale » doivent être réactualisées régulièrement. Après un certain temps, elles ne fonctionnent plus. Il convient donc de relativiser ce point. Concernant les complémentaires obligatoires, faut-il les intégrer à l'assurance maladie ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Non. Nous nous inspirons de l'exemple de l'Alsace-Moselle où les patients (salariés et retraités) ont pris la responsabilité d'assumer eux-mêmes la part complémentaire obligatoire. Cette cotisation représente 1,70 % de leurs revenus et permet de faire passer tous les remboursements de 70 % à 90 % et de rendre l'hospitalisation gratuite, y compris le forfait hospitalier. Aucune mutuelle ou compagnie d'assurance ne peut offrir de telles garanties pour une cotisation équivalente. Cela veut dire qu'en mutualisant les cotisations des salariés et des retraités et qu'en les faisant gérer par des partenaires sociaux, on peut enregistrer des progrès.

M. Louis SOUVET - Il faudra donc bien étudier ce qui se passe en Alsace-Moselle, qui est une nouvelle fois un exemple pour la France...

M. Gilbert CHABROUX - Monsieur le secrétaire général, j'ai apprécié de connaître le calendrier selon lequel le texte du Gouvernement sera examiné. Vous en savez manifestement beaucoup plus que nous. Vous disposez même d'un texte depuis vendredi dernier. Nous n'en sommes pas là et je regrette de ne pas avoir le même niveau d'information que vous. J'aimerais donc que vous puissiez nous renseigner et nous apporter les informations que le Gouvernement ne veut pas nous donner.

Je souhaiterais par ailleurs que vous abordiez quelques points sur la question de la responsabilisation. Je me demande si vous n'emboîtez pas le pas du Premier ministre qui, dans une récente déclaration télévisée, a parlé d'un forfait annuel. Il a par ailleurs été question d'un forfait sur les boîtes de médicaments et les actes médicaux. Or vous dites que l'objectif est de porter le taux de remboursement à 90 % et de laisser 10 % à la charge des patients. Les propositions du Gouvernement et les vôtres ne se rejoignent-elles pas ? Pensez-vous que la question de la responsabilisation soit bien posée lorsqu'on ne parle que des patients et pas des médecins ? Le patient est-il véritablement plus responsable que le médecin ? Vous n'avez pas évoqué les professionnels de santé. Vous avez très peu parlé des entreprises et j'ai lu ce matin dans la presse une déclaration du MEDEF indiquant qu'il ne consacrerait pas un euro de plus aux dépenses de santé. La responsabilisation est-elle vraiment égale dans le schéma que vous proposez ? Pourriez-vous nous dire quelle place reviendrait dans ce système à la couverture maladie universelle ? Devons-nous poursuivre dans cette voie ? Devons-nous revoir son seuil ? Faut-il la supprimer et appliquer la règle du remboursement à 90 % pour tout le monde, y compris ceux qui n'en ont pas les moyens ?

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Le calendrier que je vous ai présenté fait toujours l'objet de discussions. Quant aux fiches thématiques qui nous ont été remises, elles sont censées conduire nos négociations. Ces fiches portent sur trois thèmes principaux : la gouvernance, la réorganisation du système de soins et l'apurement de la dette. Elles dressent des constats et posent des questions, mais il ne s'agit pas encore du texte gouvernemental.

Concernant la responsabilisation, je pense qu'elle doit être partagée par tous. La faute ne doit pas toujours être rejetée sur le patient. Le médecin doit lui aussi réfléchir à la question de l'offre de soins car il en est l'un des acteurs. Nous ne pouvons

plus accepter qu'un médecin s'installe dans une région surmédicalisée, que deux CHU distants de 50 kilomètres traitent une même spécialité de pointe, etc. L'ensemble des professionnels de santé doit se responsabiliser pour proposer, sur l'ensemble du territoire, l'offre de soins la plus pointue et la mieux adaptée. Les Français sont demandeurs d'une meilleure organisation, d'une médecine encore plus pointue et nous savons que cela aura un coût, mais les patients ne doivent pas être les seuls à le supporter. Les entreprises devront aussi en prendre une partie en charge même si elles affirment qu'elles ne verseront pas un euro de plus dans leurs déclarations publiques. Nous entrons dans des négociations où chacun devra faire un effort.

Pour nous la CMU, c'est-à-dire le soin apporté aux plus démunis, ne doit pas être remise en cause, même s'il existe de dangereux effets de seuil. Nous pensons qu'une personne ayant charge de famille et qui touche un salaire inférieur au SMIC doit être aidée dans la prise en charge de ses frais de santé.

M. Guy FISCHER - Ne pensez-vous pas que, pour la réforme la plus importante de l'après-guerre, les délais fixés pour travailler soient inacceptables ? Par ailleurs, êtes-vous favorables à ce que les partenaires sociaux actuels jouent un rôle de pivot dans la gestion de l'assurance maladie ? Ne pensez-vous pas que, d'une manière ou d'une autre, nous serons poussés à déterminer un périmètre de soins remboursables, ce qui aboutira à la détermination d'un panier de soins ?

M. Alain GOURNAC - Monsieur le secrétaire général, je tiens à vous dire que j'ai apprécié vos engagements, en particulier sur le taux de remboursement de 90 %. Je souhaiterais cependant que vous nous disiez un mot sur la surconsommation médicale, dont il faudra bien que nous parlions un jour. J'ai également été étonné que vous ne parliez pas de l'hôpital, qui représente 50 % du déficit de la sécurité sociale, et je pense qu'il faudra mener des actions spécifiques vis-à-vis de l'hôpital. J'ajoute que, pour les Français, ce qui est gratuit n'a guère d'importance. A titre personnel, je trouve étonnant, lorsque j'ai été malade voici quinze jours, que l'on m'ait donné douze cachets alors que je n'en avais besoin que de deux. Il faudrait étudier avec les laboratoires un moyen de faire en sorte que les médicaments prescrits soient réellement utilisés.

M. Jean-Louis DEROUSSEN - Le calendrier est effectivement serré mais ce n'est pas une raison pour refuser la négociation. Nous faisons tout pour nous conformer au calendrier mais si une semaine supplémentaire s'avère nécessaire, je pense que les responsables gouvernementaux nous l'accorderont. Nous débattons en effet d'une proposition de loi qui sera ensuite déclinée sous forme de décrets. Nous ne pourrions certainement pas régler un problème aussi important en trois semaines mais il existe une réelle volonté de faire, ce qui me semble important. Les partenaires sociaux et les organisations syndicales sont prêts à assumer leurs responsabilités. Vous pourrez poser la même question aux organisations patronales. D'après la réponse qu'elles nous ont faite hier lors de notre entretien avec le directeur de cabinet du ministre, elles n'ont manifestement toujours pas franchi le pas. Le système paritaire actuel reste donc bancal et nous espérons que certains reviendront à des positions plus raisonnables en reprenant toute leur place dans la gestion du système.

Faut-il réduire le périmètre de remboursement ? Nous ne sommes absolument pas d'accord avec cette idée. Lorsqu'un médicament ou une pratique médicale est indispensable, il doit être remboursé. Il n'est pas question de revenir sur ce principe. Quant aux armoires à pharmacie des Français, elles sont effectivement pleines de médicaments, mais ceux-ci leur ont été prescrits.

Concernant la question de l'hôpital, il représente la moitié des dépenses. Il n'est donc pas question pour lui d'échapper à la réforme. L'hôpital doit entrer dans la réforme de l'assurance maladie. Le Haut conseil a consacré une séance de travail à ce

sujet et a mis en évidence certains états de fait que les Français n'accepteraient pas. On ne peut pas accepter que les dépenses de deux hôpitaux ou de deux cliniques traitant les mêmes maladies aillent du simple au double. Il faut étudier cette question de près car tout doit pouvoir être corrigé.

Quant au fait que ce qui est gratuit n'aurait pas d'importance aux yeux des Français, est-on certain qu'on arriverait à les responsabiliser en laissant une partie des dépenses à leur charge ?

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur, nous vous remercions de la contribution que vous avez bien voulu apporter à notre débat.

**Audition de M. Gaby BONNAND, secrétaire national de la
Confédération française démocratique du travail (CFDT)**
(mercredi 12 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le secrétaire national, merci d'avoir accepté d'être entendu ce matin par la commission. Vous avez dix minutes pour nous présenter votre vision de la réforme qui nous est proposée, puis nous vous interrogerons.

M. Gaby BONNAND - Je vous remercie de nous accueillir dans cette enceinte.

Durant ses travaux, le Haut conseil a montré combien il était nécessaire de parvenir rapidement à une réforme de l'assurance maladie. Dans ses premières pages, il a bien montré que l'assurance maladie constituait l'un de nos succès collectifs en offrant un très large et égal accès aux soins. Outre son rôle sanitaire, il rappelle qu'elle remplit également une importante fonction de cohésion sociale. J'insiste sur ces deux points puisque le Haut conseil montre que notre système d'assurance maladie a eu deux effets majeurs : il a permis et contribué largement à l'accès aux soins ; il a participé à la cohésion sociale. Pour nous, la réforme doit permettre de pérenniser et de renforcer ces deux effets.

Selon nous, si l'on souhaite réformer l'assurance maladie, il faut d'abord s'attaquer à la réorganisation du système de soins. Le défi majeur que nous devons relever est de passer d'un système de distribution de soins à un système de santé dans lequel les usagers peuvent se retrouver et prendre en charge leur parcours de santé. Pour la CFDT, cela veut dire que la réforme ne peut pas simplement avoir des objectifs financiers. Nous avons connu trop de plans financiers qui n'ont pas permis de toucher à l'organisation du système et nous ne voulons pas retomber dans cette mécanique. Les plans successifs qui ont amené à prendre des mesures uniques financières consistant soit à réduire les remboursements soit à augmenter les cotisations (ticket modérateur, forfait hospitalier...) n'ont amené qu'à exclure du système une part grandissante de la population, pas toujours prise en charge par une assurance complémentaire (avant la création de la CMU). Si l'on souhaite réformer l'assurance maladie, il ne faut donc pas en avoir une vision purement financière.

Pour nous, il est important de voir comment rendre le système de soins plus efficace, plus performant, au service des usagers. Pour nous, cette réforme doit en effet garantir un accès aux soins équitable sur l'ensemble du territoire et un remboursement plus juste, basé sur un financement solidaire. Pourquoi revoir l'organisation du système ? Vous étiez représentés au sein du Haut conseil et vous savez que nous y avons largement fait le point sur la situation démographique des médecins. Nous nous sommes par exemple rendus compte que, pour un nombre d'habitants équivalent, il y avait deux fois plus de généralistes en Hautes-Alpes qu'en Seine-Saint-Denis. Nous rencontrons également un problème dans la formation des professionnels de santé puisqu'un médecin sur six a suivi une formation continue. Nous rencontrons aussi un problème dans l'articulation de la médecine de ville et de l'hôpital puisque les urgences progressent de

5 % chaque année alors que l'hospitalisation n'augmente que de 1 %, ce qui signifie que certains actes pourraient être pratiqués ailleurs qu'aux urgences. Nous avons enfin un problème dans la prise en compte de la prévention. Le système ne permet pas de construire un parcours de santé de manière pertinente. Pour nous, il faut donc d'abord s'attaquer à l'organisation du système qui doit faire en sorte que l'utilisateur puisse prendre en charge sa santé, ce qui demande une coordination plus grande entre intervenants, avec par exemple le dossier médical partagé, pour peu que celui-ci ne soit pas un simple relevé d'actes mais un véritable outil qui permette aux patients et aux professionnels de définir un vrai parcours de santé et un suivi sanitaire.

Nous sommes également favorables à ce que l'État définisse les orientations de l'équilibre de l'offre de soins sur le territoire, charge ensuite à l'assurance maladie de la mettre en œuvre dans le cadre des négociations conventionnelles. Si l'on souhaite par exemple changer la situation en matière de démographie médicale, il faudra bien que nous ayons des orientations claires, charge ensuite à l'assurance maladie de définir les éléments qui permettront de la mettre en œuvre. Je pourrais prendre bien d'autres exemples qui montrent la nécessité de s'attaquer vraiment au problème de l'organisation.

Nous avons également besoin d'organisation dans notre politique du médicament. Pour la CFDT, l'assurance maladie n'a pas vocation à rembourser tous les produits pharmaceutiques mais l'industrie pharmaceutique ne doit pas non plus se servir des systèmes de protection collective pour augmenter ses profits de manière éhontée. Il nous faut probablement améliorer les dispositifs d'autorisation de mise sur le marché et travailler sur les niveaux de remboursement. Nous savons très bien que le fait qu'une molécule tombe dans le domaine public donne l'occasion à certains laboratoires pharmaceutiques d'en sortir une nouvelle version, sans service rendu supérieur, ce qui ne l'empêchera pas d'être vendue dix fois plus chère que la précédente. Il nous faut, à travers le comité économique des produits de santé, faire une meilleure place à l'assurance maladie de façon à ce qu'elle puisse avoir plus de poids dans la définition de ce qui est remboursé.

Pour ce qui concerne l'organisation du système de santé, elle doit se faire autour du patient. C'est pour cela que nous sommes favorables à la notion de médecin référent, même si nous préférons employer un autre terme. Nous ne pourrions en effet pas rendre les citoyens responsables de leur parcours de santé si nous ne rendons pas plus lisible le système de santé. Chacun sait qu'il manque de lisibilité et que l'on a plus de chances de trouver un hôpital, un médecin ou une clinique où être soigné si l'on a de bonnes relations. Si l'on n'a pas la chance d'appartenir à un réseau de connaissances, il faut se satisfaire d'un autre système. Il s'agit donc d'un système inégalitaire. Il faut le rendre plus transparent et, pour nous, le médecin généraliste doit être consulté en première intention et orienter les patients dans le système de soins.

Un autre point important pour nous est l'absence de complémentarité entre régime général et régime complémentaire. Il existe aujourd'hui trois types de complémentaires : les mutuelles, qui représentent les deux tiers de la couverture complémentaire, les assureurs et les institutions de prévoyance. Cet univers n'est absolument pas régulé. Il est soumis à une concurrence totale qui ne sert ni l'efficacité du système, ni la qualité des soins, et qui tire la dépense, y compris la dépense publique. Si nous ne portons pas un regard sur l'ensemble de la dépense de santé, mais seulement sur la dépense publique, nous continuerons à la faire supporter par les complémentaires. Il faut donc réguler l'univers des complémentaires, par le biais d'une aide d'État à leur généralisation, aide qui serait soumise au respect d'un cahier des charges reposant sur la non-sélection des risques et le respect des politiques conventionnelles avec le régime général, et qui pourrait prévoir quelques contreparties comme une meilleure association des complémentaires aux négociations avec les professionnels de santé, pour qu'elles ne

soient pas seulement des financeurs « aveugles ». Il s'agit pour nous de mieux associer ces deux modes de financement car, comme l'a montré le Haut conseil, on ne peut plus aujourd'hui séparer la fonction de remboursement de la fonction d'organisation du système. Nous ne pouvons donc plus laisser la concurrence se développer parmi une partie de ceux qui assurent le remboursement. Pour prendre un exemple concret, la CNAMTS a signé une convention d'accord sur le bon usage des visites à domicile qui prévoit de les limiter aux cas les plus urgents – ce qui est plus sécurisant pour les patients comme pour les professionnels – et de moins les rembourser lorsqu'elles ne sont pas justifiées. Mais si des complémentaires les remboursent systématiquement, cela revient à se tirer une balle dans le pied. La politique de santé actuelle ne permet pas d'engager une véritable dynamique de responsabilisation des acteurs. Il nous faut donc plus de coordination.

Mais cette coordination répond aussi à un souci d'équité. Si nous voulons réduire l'inégalité d'accès aux soins, nous devons généraliser les complémentaires. Certains de nos concitoyens n'ont en effet pas d'assurance complémentaire, ou une assurance très réduite. Je vous rappelle que 40 % des contrats complémentaires ont un panier de soins dentaires inférieur à celui de la CMU. Il nous faut donc généraliser les complémentaires et aller plus loin qu'aujourd'hui, pour permettre à tous d'accéder aux soins.

Concernant le financement du système, il s'agit pour nous de renforcer un système financé de manière solidaire. La première chose à faire est de s'attaquer à l'organisation du système pour le rendre plus performant. Ainsi, il soignera mieux et permettra de mieux maîtriser les dépenses, ce qui générera des économies. Mais, même purgées de ces dysfonctionnements, les dépenses de santé continueront à croître à cause du vieillissement de la population et des progrès techniques. Il faut en outre avoir un système équitable. Or ces deux éléments ne sont pas compatibles avec le principe de non-augmentation des prélèvements obligatoires. Si l'on accepte que les dépenses de santé continuent à croître, celles-ci seront en effet supportées soit par les individus, soit par le système collectif. Nous souhaitons qu'elles soient supportées par le système collectif, ce qui nous rend d'autant plus exigeants sur la nécessité de rendre notre système collectif plus performant. Si nous n'y parvenons pas, nous risquons en effet de nous diriger vers un système de plus en plus inégalitaire, par des processus « silencieux ». Si la sécurité sociale rembourse 75 % des dépenses de santé, sa part se réduit progressivement dans l'ambulatoire et pour certains soins. Nous risquons donc d'aller progressivement vers une séparation entre risques lourds, supportés par la sécurité sociale, et petits risques, supportés par les complémentaires. Si nous ne réglons pas les relations entre complémentaires et régime général, si nous ne réorganisons pas le système, si nous ne le rendons pas plus performant, si nous ne sommes pas plus exigeants vis-à-vis des professionnels de santé, nous assisterons à cette dérive.

Pour nous, ce financement solidaire doit essentiellement reposer sur la CSG. Mais nous nous posons des questions car, depuis deux ans, le Gouvernement a fait des baisses d'impôts la « colonne vertébrale » de sa politique économique. Or il nous semble difficile, d'un côté, d'augmenter un prélèvement proportionnel et, d'un autre côté, de baisser des prélèvements progressifs. Ceux qui payent des impôts pourront en effet supporter l'augmentation des prélèvements destinés à la sécurité sociale, mais pas les autres. Nous souhaitons donc que les entreprises contribuent elles aussi au financement du système par le biais d'un prélèvement sur leurs bénéfices et que toute exonération décidée par le Gouvernement soit remboursée par l'État.

Concernant la gouvernance, elle doit permettre une meilleure organisation de santé, un meilleur accès aux soins, une meilleure prise en charge et un financement solidaire. Nous pensons que l'État doit définir la politique de santé publique, fixer les

orientations en matière d'organisation des soins sur le territoire et de biens éligibles au remboursement. Il doit également donner délégation à l'assurance maladie, celle-ci devant être élargie à d'autres acteurs que les seuls partenaires sociaux. A sa création, l'assurance maladie avait pour objet essentiel d'assurer un salaire de remplacement en cas de maladie. En 1947, les indemnités journalières représentaient près de 40 % du budget de la sécurité sociale. Aujourd'hui, les revenus de remplacement n'en représentent plus que 5,7 %, le reste étant consacré au remboursement des dépenses de santé. Cette évolution doit nous conduire à réfléchir à l'identité des « pilotes » de l'assurance maladie. Nous pensons qu'elle doit s'ouvrir à d'autres acteurs et s'associer aux assurances complémentaires. L'assurance maladie doit également être chargée de la politique conventionnelle avec les professionnels de santé qui, pour leur part, doivent sortir d'une stricte logique professionnelle pour se comporter comme de véritables acteurs du système de santé.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci beaucoup, monsieur le secrétaire national. Vous avez, dans votre propos, largement répondu aux questions que vous avait posées le rapporteur. Monsieur le rapporteur, souhaitez-vous compléter vos questions ?

M. Alain VASSELLE, rapporteur - A quelques détails près, M. Bonnard nous propose une réforme « clés en mains ». Il nous appartient maintenant d'apprécier si cette voie devra être suivie. Je note cependant qu'il existe plusieurs points de consensus par rapport à nos précédentes auditions, ce dont je me réjouis. Reste maintenant à savoir si le Parlement les partagera.

J'avais prévu de vous poser des questions sur la répartition des dépenses, la responsabilisation des acteurs, le financement et la gouvernance. Vous avez déjà répondu à celles portant sur la gouvernance et la responsabilisation des acteurs. Concernant le financement, vous avez dit que l'amélioration du système de soins devrait générer des économies. Or si beaucoup partagent cet avis, personne n'est en mesure de les chiffrer. M. Fragonard a affirmé que cela ne faisait pas partie des missions du Haut conseil, celui-ci étant simplement chargé d'établir un diagnostic. Avez-vous une idée de ces économies potentielles ? Que représentent-elles par rapport aux dépenses de santé, dont la croissance est supérieure de deux points à celle du PIB ? Pourrions-nous arriver, grâce à ces économies, à au moins neutraliser leur croissance ? Si elles s'avèrent insuffisantes, quelle devra être la part couverte par une augmentation des prélèvements, et sous quelle forme ? Quel est par exemple votre sentiment sur une éventuelle franchise ? Faut-il plutôt augmenter la CSG ou mettre en place une TVA sociale ? Quelles solutions préconisez-vous ?

Je n'oublie pas non plus la question du déficit. Nous avons créé la CADES qui a permis de financer les déficits antérieurs, mais le déficit courant risque de se chiffrer en dizaines de milliards d'euros. Comment allons-nous le financer ? Quel est le sentiment de la CFDT sur ce point ?

M. Gaby BONNAND - Concernant le financement du système, nous ne disposons pas aujourd'hui des outils d'évaluation qui nous permettraient de conduire une médicalisation des dépenses. Nous ne pouvons donc pas chiffrer de manière très précise les effets des dysfonctionnements, mais nous pouvons tout de même donner quelques éléments. Ainsi, d'après les experts, il serait assez facile d'économiser rapidement deux milliards d'euros en conduisant une politique du médicament beaucoup plus médicalisée et en mettant à contribution les laboratoires pharmaceutiques, non par une taxation mais en améliorant les dispositifs fixant les prix de remboursement.

Il faudrait aussi agir sur l'offre de soins. Certains généralistes pensent que toute ordonnance de plus de trois lignes présente des dangers, en raison des éventuelles contre-indications. Or, le Haut conseil note que la France détient le record du nombre

d'hospitalisations dues à des contre-indications. On sait par ailleurs que certains professionnels ont encore l'habitude de faire des ordonnances de plus de trois lignes. Il ne s'agit pas de les stigmatiser, mais de voir comment placer tous les acteurs en situation de responsabilité. La CFDT est très présente chez les visiteurs médicaux. Ceux-ci nous disent qu'ils n'ont jamais suivi de formation pour éduquer les professionnels. S'ils sont contraints aujourd'hui de faire de la formation, c'est à cause de la carence du système, qui ne doit pas être aux mains des industries pharmaceutiques.

M. Nicolas ABOUT, président - Il est vrai que les interactions entre médicaments sont très mal connues.

M. Gaby BONNAND - Pour ce qui concerne nos propositions, je crois en avoir dit un mot. Nous sommes par exemple opposés au principe d'une franchise. Il ne faudrait en effet pas confondre mesures financières et outils permettant aux différents acteurs de prendre leurs responsabilités. Une franchise est une mesure « aveugle » ; elle ne permet pas la responsabilisation dans une logique de parcours de santé. Or, par le passé, les mesures aveugles ont donné naissance à des trous à pauvreté – qu'il nous a fallu pallier ensuite par le biais de systèmes d'assistance tels que la CMU – plutôt que responsabiliser les acteurs. Je vous rappelle que les dépenses de santé sont supportées à 75 % par l'assurance maladie, à 13 % par les complémentaires et à 11 % par les assurés. Les assurés prennent en charge une partie des dépenses de santé. L'assurance maladie n'est donc pas « gratuite », comme l'affirment certains.

Nous sommes en revanche favorables, dans le cadre d'un parcours de santé, à des modulations de remboursement. Pour prendre un exemple, si l'État définissait les soins dentaires comme une priorité sanitaire, l'assurance maladie, associée aux complémentaires, pourrait créer un droit à la visite annuelle pour tous. Les assurés qui effectueraient cette visite pourraient alors bénéficier d'un taux de remboursement des soins réparateurs supérieur. Une telle mesure permettrait de responsabiliser à la fois les professionnels, qui feraient la publicité de ce droit, et les assurés.

Nous sommes donc opposés à une franchise « aveugle » mais pas à une modulation des remboursements qui permettrait de concilier objectifs médicaux et économiques.

M. Louis SOUVET - Vous avez dit que la réforme ne consistait pas seulement à répondre aux difficultés financières mais également à offrir une garantie d'accès aux soins. La CFDT est néanmoins une organisation responsable. Comment résorberez-vous le déficit actuel ?

Concernant les assurances complémentaires, vous avez dit qu'elles n'étaient pas une solution. Quelle est donc pour vous « la » solution ?

Enfin, pour vous, la carte Vitale – c'est-à-dire la gratuité – est-elle synonyme de gaspillage ?

M. Gilbert CHABROUX - J'ai apprécié de vous entendre dire que nous ne devons pas avoir une vision strictement financière de l'assurance maladie. Vous avez rappelé les propos du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur l'accès aux soins et l'aspect social du système.

Je souhaiterais vous poser une question sur l'égalité d'accès aux soins sur notre territoire. Il existe dans ce domaine des inégalités criantes, comme le montre votre comparaison entre Seine-Saint-Denis et Hautes-Alpes. Avez-vous des propositions innovantes pour corriger ces inégalités, non seulement géographiques mais également sociales ? Sauriez-vous comment procéder ?

Je m'interroge par ailleurs sur l'avenir de la CRDS. J'ai cru comprendre que le Premier ministre souhaitait la prolonger. Qu'en pensez-vous ? Quelles sont vos propositions pour apurer ce déficit de 30 millions d'euros créé par l'actuel gouvernement ?

M. Guy FISCHER - Ne pensez-vous pas que, *in fine*, la réforme sera essentiellement supportée par les assurés sociaux, c'est-à-dire par les salariés ? Pouvez-vous par ailleurs nous en dire plus sur votre conception d'une assurance maladie élargie à d'autres acteurs que les partenaires sociaux ?

M. Alain GOURNAC - Je souhaiterais avoir votre avis sur la Haute autorité de santé. Pour ce qui me concerne, je souhaiterais qu'elle soit totalement indépendante du *lobby* des laboratoires pharmaceutiques. Il ne faut d'ailleurs surtout pas demander aux visiteurs médicaux de faire de la formation car ils l'orienteront inévitablement en faveur de leurs produits.

Je ne peux par ailleurs que confirmer vos propos sur la consommation excessive de médicaments, l'un des conseillers municipaux du Pecq étant décédé après avoir pris deux médicaments dont l'association était contre-indiquée.

Je ne partage pas en revanche votre point de vue sur l'effort supporté par les patients. Nombre d'entre eux pensent en effet que la santé est « gratuite » et c'est pour cette raison qu'ils ne sont pas responsables.

Vous savez enfin que l'hôpital est à l'origine de 50 % des difficultés actuelles. Il faudra donc bien prévoir des mesures spécifiques, pour éviter par exemple la multiplication des examens médicaux.

M. André LARDEUX - Vous avez dit que la réforme n'était pas qu'une question financière, mais le problème est réel. Vous avez indiqué votre préférence pour une augmentation de la CSG. Ne craignez-vous pas que cela ait un effet pervers sur la consommation, et donc sur l'économie de ce pays ?

Vous avez ensuite jugé inéluctable l'augmentation des prélèvements consacrés à la santé. Jusqu'où ces prélèvements peuvent-ils aller, sachant que si nous maintenons la tendance actuelle, 20 % du PIB seront consacrés à la santé en 2025 ?

M. Bernard CAZEAU - Pensez-vous qu'il soit possible et viable de maintenir un système d'exercice libéral avec un système de prévoyance totalement socialisé ?

M. Gaby BONNAND - Concernant les complémentaires, nous n'avons jamais dit qu'elles ne constituaient pas une solution. Nous sommes pour leur généralisation et pour une meilleure articulation entre régime général et régime complémentaire. C'est l'un des fondements de nos propositions.

Concernant la carte Vitale, je vous rappelle qu'il ne s'agit pas d'une carte de paiement mais d'un outil permettant la transmission des données. Même avec une carte Vitale, chacun doit régler sa consultation chez un médecin. La carte Vitale n'est donc pas une carte de paiement. Ce n'est pas non plus elle qui a créé le tiers payant.

Concernant l'égalité d'accès aux soins, nous proposons la création dans les régions – sous le contrôle de l'État – de SROS (schéma régional d'organisation sanitaire) intégrant la médecine ambulatoire et le secteur hospitalier, ce qui permettrait de dessiner la carte des permanences et donnerait à l'assurance maladie les moyens de négocier sa mise en œuvre dans le cadre de la politique conventionnelle. J'ajoute que l'exercice de la médecine libérale me semble totalement compatible avec ce schéma, pour peu que l'on accepte de travailler dans un cadre collectif.

Concernant la composition du conseil d'administration de la CNAM à d'autres acteurs, nous pensons, d'une part, qu'il faut impérativement y associer fonction de remboursement et fonction d'organisation du système et, d'autre part, qu'il faut l'élargir à d'autres acteurs de la société, notamment les usagers par le biais de leurs associations fédératives. Nous avons d'ailleurs trouvé un accord avec la Mutualité sur un schéma qui permettrait de mieux articuler régime de base et régime complémentaire.

Concernant la Haute autorité, nous souhaitons nous aussi qu'elle soit indépendante.

Pour ce qui concerne l'hôpital, nous pensons que des réformes, telles que la tarification à l'activité, nous permettront de mieux juger de l'utilisation des dépenses hospitalières.

Concernant la question du financement, la CFDT a montré qu'elle était une organisation responsable. Elle est restée présente dans les caisses d'assurance maladie et a pris ses responsabilités dans la gestion de la CNAM. Nous ne pouvons donc pas être accusés d'irresponsabilité lorsque nous disons que le financement n'est pas le premier élément de la réforme. On ne peut pas tenir un discours sur la dette de la sécurité sociale et ne pas mener le même effort rigoureux pour l'ensemble de la politique de notre pays. Je comprends les craintes de certains sur les effets pervers d'une hausse de la CSG mais, depuis quelques mois, on nous dit aussi que les baisses d'impôts devraient avoir un effet positif sur l'emploi. Or ces baisses ont surtout eu pour effet d'augmenter l'épargne et n'ont été consacrées ni à l'investissement, ni à la consommation. Elles ont au contraire alourdi le déficit public, privant ainsi l'État de moyens. Ce n'est donc pas simplement sur la dette de la sécurité sociale que nous devons nous interroger, mais sur la dette globale de notre pays, et les politiques publiques doivent être cohérentes. On ne peut pas demander des efforts supplémentaires pour le système de protection sociale sans réviser notre politique économique dans un sens qui réponde aux besoins de notre pays en termes d'emploi et de croissance.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le secrétaire national, nous devons malheureusement en rester là. Vous pourrez nous transmettre vos éventuelles remarques complémentaires et celles-ci seront jointes à ce procès-verbal.

**Audition de MM. Jacques CREYSSEL, directeur général,
et Bernard CARON, directeur de la protection sociale
du Mouvement des entreprises de France (MEDEF)**
(mercredi 12 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le directeur général, soyez le bienvenu. Nous vous invitons à nous présenter la position du Mouvement des entreprises de France, puis nos commissaires vous interrogeront.

M. Jacques CREYSSEL - La réforme de l'assurance maladie est dramatiquement urgente. Pour nous, la première priorité est de créer les conditions d'un retour à un équilibre financier durable avant de définir une forme de gouvernance renouvelée. Vous connaissez la situation actuelle. On prévoit un déficit de l'ordre de 15 milliards d'euros à la fin de l'année et un déficit cumulé de 35 milliards d'euros à fin 2004, soit l'équivalent de 2,5 % de la production annuelle de la France. Ce sont des chiffres que personne n'imaginait il y a quelques années et qui supposent qu'un plan d'économie et de redressement soit mis en place.

Pour nous, ce plan doit poursuivre trois objectifs. Le premier est la cohérence. Ce plan doit concerner à la fois la médecine de ville, le médicament et l'hôpital. J'insiste particulièrement sur ce dernier point car, pour nous, aucune réforme ignorant l'hôpital n'est imaginable compte tenu du poids de celui-ci dans les dépenses et de l'interaction permanente entre secteurs.

Deuxième élément majeur de ce plan : il ne doit pas recourir à de nouveaux prélèvements. La situation économique française est extrêmement fragile et tout nouveau prélèvement, quelle que soit sa forme, serait un mauvais coup pour la croissance de l'emploi. Depuis quatre ans, le rythme annuel de croissance varie de 0 % à 2 %, ce qui montre qu'il faut absolument aller dans le sens d'une réduction des prélèvements obligatoires et des déficits, plutôt que choisir la solution facile et habituelle de l'augmentation des prélèvements. Nous ne pouvons plus traiter les problèmes sociaux par la hausse des cotisations.

Le troisième objectif de ce plan de redressement est la responsabilisation tant des professionnels de santé que des malades. De ce point de vue, nous devons sortir des anciens schémas et essayer de faire preuve de courage.

Dans ce cadre, il appartient à l'État et au Parlement d'arrêter les modalités précises de la réforme. Il n'appartient pas aux partenaires sociaux de vous proposer des éléments de réforme. C'est l'État qui est responsable de la politique de santé publique. Tous les éléments de diagnostic sont sur la table. Tous les éléments de réforme ont été examinés par le Haut comité présidé par M. Fragonard, qu'il s'agisse de l'articulation entre médecine de ville et hôpital, de la mise en place d'un conventionnement plus sélectif, de la réforme de la gestion hospitalière, de la mise en place de franchises ou de tickets modérateurs, de la lutte contre le nomadisme médical ou de l'articulation entre régime général et régime complémentaire. Tout ceci a été étudié ; le temps est désormais à la décision et c'est à l'État qu'il revient de la prendre. Nous n'avons pas de

propositions précises à faire car cela ne relève pas de notre responsabilité. Nous considérons que nous ne sommes pas légitimes pour le faire.

En matière de gouvernance, il faut absolument trouver une solution totalement nouvelle. Nous sommes persuadés que le retour au paritarisme d'antan est impossible car les entreprises ne considèrent pas avoir la légitimité de prendre des décisions en matière de santé publique. La légitimité du MEDEF à proposer la fermeture d'un service hospitalier, à réduire le remboursement d'un médicament ou à discuter avec les professions médicales du montant de la consultation est extrêmement faible. La meilleure preuve en est que, lors de la canicule de l'été dernier, tout le monde s'est immédiatement retourné vers l'État, non vers les gestionnaires de la CNAM. Cette question de légitimité est pour nous fondamentale.

Puisque nous ne pouvons pas aller vers une étatisation complète du système, ni revenir au paritarisme d'antan, nous devons donc trouver des solutions nouvelles et c'est ce que je vais essayer d'exposer rapidement. Ce n'est pas parce que nous refusons le retour au paritarisme « à l'ancienne » que nous nous désintéressons des problèmes de santé. Nous sommes prêts à participer, avec d'autres acteurs de la société civile, à la surveillance d'ensemble du nouveau système d'assurance maladie. Nous sommes également prêts à gérer directement, avec d'autres partenaires sociaux et dans le cadre d'un paritarisme strict, un certain nombre de dépenses directement liées au contrat de travail, qu'il s'agisse des accidents du travail, des maladies professionnelles ou des indemnités journalières pour lesquelles nous souhaitons une évolution, à condition que les ressources correspondantes soient transférées aux instances nouvellement créées.

Nous sommes donc prêts à prendre une place dans un système de gouvernance renoué. Il ne s'agirait pas pour nous d'un retour mais d'une arrivée dans un nouveau système qui allierait la légitimité de l'État et de la société civile. Pour nous, l'État devrait garder la responsabilité d'arrêter, après avis d'un Haut comité, la politique générale de santé publique. Le Parlement arrêterait chaque année le montant limitatif des dépenses d'assurance maladie, ce qui nécessiterait de réformer la loi de financement de la sécurité sociale pour en faire une véritable loi de finances sociales, ce qui permettrait d'en débattre chaque année, en liaison avec l'ensemble du dispositif social français, et de traduire ainsi clairement les choix de la Nation.

Une agence de la santé serait créée pour remplacer le système actuel de la CNAM. Elle compterait un directoire, nommé par l'État, et un conseil de surveillance, qui regrouperait les partenaires sociaux et d'autres éléments de la société civile. Son rôle serait notamment de conclure des accords avec les autres partenaires du système de santé (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance). Le directoire serait chargé de gérer les dépenses du système de santé, dans la limite arrêtée par le Parlement et dans le cadre de la politique de santé publique définie par le Gouvernement. Il aurait un pouvoir général concernant aussi bien la médecine de ville, le médicament ou l'hôpital. Ce directoire serait nommé par l'État et serait inamovible, pour que sa capacité de décision ne soit pas remise en cause à la première difficulté. Il aurait donc un pouvoir délégué sur l'ensemble de l'assurance maladie. Pour sa part, le conseil de surveillance donnerait son avis sur la composition du directoire et, surtout, se prononcerait sur les programmes d'action. Il exercerait un pouvoir général de contrôle et d'évaluation. Il aurait enfin la capacité à formuler des recommandations sur l'ensemble des sujets. Dans un système de ce type, les responsabilités seraient plus clairement affirmées qu'aujourd'hui, avec un rôle important attribué à l'État, celui-ci étant le seul à pouvoir garantir l'ensemble du dispositif.

Tel est l'état actuel de nos réflexions sur ce point. J'insisterai pour conclure sur le fait que nous avons besoin d'une vraie réforme et non d'une demi-réforme. Nous ne

pouvons plus nous contenter de compromis dont chacun sait qu'ils ne tiennent guère longtemps. L'avenir de l'assurance maladie constitue une vraie préoccupation pour nombre d'acteurs économiques, les entreprises comme les ménages, qui s'attendent à de mauvaises nouvelles. Il est essentiel de les rassurer en mettant en place des mesures d'économie qui permettent de rétablir l'équilibre des comptes à l'horizon 2007, comme l'a annoncé le Président de la République, et qui donnent l'impression que nous allons enfin mettre en place un système dans lequel les décisions seront prises et les responsabilités définies, ce qui n'est pas le cas du dispositif actuel.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci beaucoup, monsieur le directeur général. Bien que vous vous soyez déclaré peu légitime pour proposer des solutions, je pense que notre rapporteur et nos commissaires vont tenter de vous en faire énoncer quelques-unes.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Je souhaiterais poser trois questions sur la gouvernance, la responsabilisation des acteurs et sur le financement du système.

Concernant la gouvernance, vous avez évoqué la création d'un « directoire ». Dans le cadre de l'enveloppe fixée par le Parlement et de la politique de santé publique définie par l'État, ce directoire aurait-il tous les pouvoirs pour faire évoluer les dépenses et les recettes permettant d'assurer l'équilibre des comptes ? Cela conduirait en définitive à revenir à l'esprit des ordonnances de 1967 qui avaient donné pouvoir aux partenaires sociaux de veiller à l'équilibre des dépenses et des recettes, pouvoir qui n'a jamais été exercé car les gouvernements successifs s'en sont toujours mêlés. Pensez-vous que cette nouvelle formule serait de nature à revenir à l'esprit des ordonnances de 1967, mais dans un nouveau cadre ?

Comment imaginez-vous par ailleurs la responsabilisation des professionnels de santé et des usagers ? Doit-elle passer par un dispositif réglementaire, par des protocoles, par des dispositions arrêtées par un Haut comité ? Doit-il également s'agir d'une responsabilisation financière pour éviter la surconsommation ou les gaspillages ?

Concernant le financement, vous nous avez dit qu'il était hors de question d'envisager une augmentation des prélèvements obligatoires. Il n'y a donc pas d'autre solution que de réduire les dépenses. Pensez-vous que les mesures d'économies suffiront à compenser la croissance des dépenses de santé, supérieure de deux points à celle du PIB, et à ramener le système à l'équilibre ? Quelle est par ailleurs votre opinion sur la façon de résorber le déficit cumulé de 35 milliards d'euros ? Faut-il rouvrir la CADES ou adopter une autre solution ?

M. Jacques CREYSSEL - Concernant la gouvernance et les pouvoirs du directoire, nous ne pouvons en tout état de cause pas revenir à des schémas antérieurs car le contexte a beaucoup changé. Je ne pense en outre pas qu'il soit constitutionnellement possible de donner au directoire le pouvoir de fixer le niveau de la CSG. Nous sommes en réalité obligés d'imaginer une solution nouvelle. Le Parlement devrait arrêter chaque année l'enveloppe limitative des dépenses, ainsi que le niveau des prélèvements. En revanche, en matière de dépenses, le directoire devrait avoir une capacité déléguée d'ajuster l'ensemble des termes qui pourraient exister. La définition des actes et des médicaments remboursables relèverait d'une Haute autorité et, de manière générale, de l'État car il s'agit d'une question de santé publique mais les autres paramètres – organisation concrète du système, taux de remboursements, etc. – relèveraient, eux, du directoire, dans un dialogue de fait avec le Parlement qui pourrait modifier les enveloppes, et donc les prélèvements. Il y aurait ainsi un débat transparent sur le sujet.

Concernant la responsabilisation des acteurs, nous ne souhaitons pas faire de propositions sur ce point, d'abord parce que nous n'en avons pas la compétence. Nous

sommes compétents pour traiter ce qui concerne directement le contrat de travail - formation professionnelle, assurance chômage, retraites complémentaires, accidents du travail ou maladies professionnelles - mais pas les autres sujets. C'est pour cela que nous ne revendiquons pas le droit de gérer à nouveau directement le système et que nous faisons confiance à tous ceux qui travaillent sur ce sujet pour prendre les décisions qui permettront de revenir à l'équilibre, même si nous ne manquerons pas de donner notre avis sur les décisions qui seront annoncées. Par ailleurs, si le MEDEF prenait position sur des questions telles que la franchise ou le conventionnement, ceci ne faciliterait pas forcément la prise de décisions indispensables. Notre absence de légitimité et notre souci de ne pas interférer dans le débat actuel nous conduisent à une certaine prudence.

S'agissant du financement, si l'on n'augmente pas les recettes, il faut effectivement réduire les dépenses. De manière générale, tout le monde s'accorde à dire qu'il existe des marges d'organisation importantes qui doivent permettre, par une meilleure gouvernance du système, de réaliser des économies. La question est maintenant de savoir quel peut être le calendrier de mise en œuvre de ces économies. Nous sommes persuadés que l'on peut faire mieux qu'aujourd'hui. A titre d'exemple, il a fallu dix ans pour imaginer un système de tarification à la pathologie, puis dix nouvelles années pour le mettre en œuvre. Or je ne crois pas qu'aucune entreprise n'ait jamais mis vingt ans pour mettre en place un système de comptabilité analytique tout en continuant à fonctionner dans des conditions normales.

Je ne peux donc que répéter que la question du financement relève par définition de la responsabilité de l'État et du Parlement. Toute augmentation de cotisation serait une mauvaise décision. Un système qui consisterait à reporter la charge sur nos enfants n'irait pas non plus dans le bon sens. Il faut donc d'abord et avant tout faire en sorte que les économies permettent de rétablir progressivement l'équilibre.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Vous sentez-vous compétents pour donner un avis sur l'instauration d'une assurance complémentaire obligatoire ?

M. Jacques CREYSSEL - Le MEDEF n'a pas d'avis sur le sujet. Je n'ai pas le sentiment que cela contribuerait à régler le problème du déficit. Je crois même que cela tendrait à l'aggraver. Je préférerais donc parler d'abord des mesures qui permettraient de revenir à l'équilibre, plutôt que de celles qui tendraient à alourdir le déficit.

M. Guy FISCHER - Je reste un peu sur ma faim car vous « bottez en touche ». Vous avez annoncé d'emblée que vous n'étiez pas légitimes et que vous n'aviez pas les compétences pour traiter de ce sujet, ce que je ne crois pas. La santé au travail (accidents du travail, maladies professionnelles) constitue en effet une préoccupation majeure. Les entreprises auraient-elles compétence à bénéficier d'exonérations massives de cotisations sociales mais pas à participer à la solidarité nationale ? Ainsi, la réforme s'appuiera sur des remboursements supportés essentiellement par les assurés et nous verrons s'installer de véritables déserts sanitaires dans certains quartiers populaires. Quel sera finalement l'engagement des entreprises dans la réforme de l'assurance maladie ?

M. André LARDEUX - Vous avez affirmé être compétents pour gérer la caisse chargée de gérer les accidents du travail et actuellement financée par les entreprises. Les comptes de cette caisse sont presque équilibrés, même s'ils commencent à se détériorer. Or, dans leurs dernières décisions, les tribunaux ont attribué aux victimes de l'amiante des indemnités bien supérieures aux protocoles établis par le FIVA ou le FCATA, ce qui risque de grever leurs comptes, essentiellement alimentés par la caisse dont les propres comptes risquent d'être déséquilibrés. Comment voyez-vous les

choses ? Faut-il intégrer la question des accidents du travail et des maladies professionnelles dans la réforme globale de la sécurité sociale ?

M. Gilbert CHABROUX - A l'instar de Guy Fischer, je suis moi aussi préoccupé par les réserves exprimées par le représentant du MEDEF. Je comprends que vous ne vouliez pas revenir au paritarisme d'antan mais j'ai l'impression que vous ne voulez en fait revenir à aucune forme de paritarisme. Votre réponse est donc clairement négative. Sans aller jusqu'à dire que vous vous en « lavez les mains », je trouve votre position assez facile. Comme l'a rappelé le président Fischer, vous bénéficiiez en effet d'exonérations de cotisations sociales patronales, inscrites pour 17 milliards d'euros au budget de l'État au titre de l'année 2004, avec l'engagement théorique de créer en contrepartie des emplois. Et l'on sait quelle est l'importance de la création d'emplois dans le retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale. Sous le précédent gouvernement, ces comptes étaient à l'équilibre. De nombreux emplois ont été créés, le chômage a fortement diminué et nous savons le rôle que cela joue. On ne peut en effet pas seulement parler d'économies ; il faut aussi parler des recettes. A quoi êtes-vous tenus dans ce domaine ? Y participerez-vous ou vous en « laverez-vous les mains » ? Le MEDEF ne pourrait-il pas faire un effort, d'abord en termes de créations d'emploi, puis par une imposition sur les bénéficiaires ?

M. Serge FRANCHIS - Vous avez indiqué d'emblée que l'essentiel était d'assurer l'équilibre financier sans prélèvement supplémentaire. Ne considérez-vous pas qu'une telle affirmation pourrait conduire à une raréfaction des soins, sachant que les pratiques médicales évoluent rapidement et sont de plus en plus coûteuses. Cette raréfaction est déjà constatée dans certains domaines et nous serions tous sensibles à ce problème si nous en étions victimes. Je crois donc qu'il faut raisonner selon une logique de développement des moyens, avec la contrainte d'équilibrer le régime. J'ai en effet bien retenu ce que nous a affirmé le précédent ministre de la santé, à savoir que la politique de la santé était l'affaire de l'État et qu'il fallait par ailleurs assurer le financement du coût de la maladie. C'est sur ce point que je souhaiterais connaître votre réaction.

M. Alain GOURNAC - Je pense que nous trouverons une solution si chacun est responsable. J'ai donc été étonné de vous entendre dire que vous étiez peu légitimes. Il faut en effet savoir que tous ceux qui travaillent pour vos entreprises sont aussi des assurés sociaux. Que les entreprises ne prennent pas part à la réflexion et aux propositions m'étonnerait donc fortement. Vous avez certainement voulu minimiser vos responsabilités. Les entreprises doivent en effet être au cœur de cette réforme.

M. Roland MUZEAU - Vous avez indiqué que, si vous n'étiez pas compétents dans certains domaines, vous vous sentiez en revanche compétents sur la question des accidents du travail et des maladies professionnelles. André Lardeux a donné son sentiment sur les problématiques liées à la question de l'amiante. A celles-ci s'ajouteront sans doute bientôt des problématiques liées aux esters de glycol ou à d'autres produits, qui risquent d'être tout aussi graves. Tout le monde connaît également l'effet chronique de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, ce qui inscrit à la charge de l'assurance maladie des dépenses relevant en fait de la branche ATMP et n'incite pas à réviser les cotisations des entreprises à la hausse. Que faut-il faire selon vous pour la branche ATMP et pour résoudre ce phénomène récurrent de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles ?

M. Jacques CREYSSEL - De manière générale, je suis toujours intéressé d'entendre la représentation nationale demander au MEDEF d'intervenir davantage sur certains sujets. Ayant plutôt pour habitude d'entendre le contraire, nous ne pouvons qu'y être sensibles...

Pour autant, l'analyse que nous développons est fondamentale. Au-delà de la question de la légitimité, nous sommes persuadés que le système d'assurance maladie a connu une évolution majeure. Il s'agit aujourd'hui d'un système universel qui n'est plus lié au contrat de travail et qui concerne tous les assurés sociaux, c'est-à-dire tous les citoyens et non plus seulement les salariés. Nous considérons donc que, dès lors que certaines conditions sont remplies, nous pouvons participer à la surveillance de l'ensemble du système, dans un cadre de gouvernance rénové. Il faut en effet trouver un nouveau système auquel l'ensemble de la société civile puisse participer. Pour ce qui nous concerne, nous participons déjà de manière massive au financement du système mais, pour autant, nous considérons que nous ne sommes pas compétents sur certains sujets. Pensez-vous par exemple que si le MEDEF préconisait la fermeture d'un hôpital, cela serait facilement accepté par l'opinion publique ? Nous sommes persuadés que seul l'État a la légitimité nécessaire pour prendre ce type de décision.

S'agissant de la santé au travail, nous sommes tout à fait prêts à reprendre la gestion de cet ensemble, mais dans un cadre paritaire et autonome, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui puisque c'est l'État qui fixe le montant des cotisations. Nous souhaitons être totalement responsables de ce dispositif.

Je ne vois pas par ailleurs de lien entre les exonérations sociales et le sujet qui nous préoccupe aujourd'hui, sauf à imaginer qu'elles constituent la seule cause des problèmes de l'assurance maladie. Je rappelle que ces exonérations ont été mises en place dans un double but. Le premier était de compenser les charges supplémentaires des entreprises dues aux 35 heures (allègements dits Aubry et Fillon), ce qu'elles ne font hélas que partiellement. Nous savons bien les répercussions sur l'emploi et sur la compétitivité des entreprises françaises. Je ne crois donc pas qu'il y ait lieu d'y revenir.

Le deuxième objectif de ces exonérations était de développer l'emploi (allègements dits Juppé). Or toutes les études économiques montrent qu'elles ont eu un effet positif sur l'emploi, comme le montrent les enquêtes réalisées par l'INSEE. Je crois donc qu'il faut aller dans ce sens. N'oublions pas que le problème n'est pas seulement de définir la répartition des charges mais aussi d'augmenter le nombre de cotisants. Notre situation économique a beaucoup changé ces dernières années. Aujourd'hui la croissance industrielle chinoise est en moyenne de 15 % à 20 % par an alors que la croissance industrielle européenne n'est que de 1,5 %. Nombre de secteurs d'activité se demandent comment survivre dans un tel contexte et ce n'est certainement pas en augmentant les impôts, les charges ou le coût du travail que nous pourrions retrouver la croissance. Nous savons très bien que la croissance s'est affaiblie ces dernières années à cause de la baisse de la démographie, de la stagnation de notre productivité et de notre incapacité collective à orienter les dépenses publiques vers plus de recherche, plus d'innovations et plus d'investissement. Il faut donc essayer d'être plus compétitif, ce qui suppose, d'une part, une réallocation des moyens publics et, d'autre part, de remettre de l'ordre dans notre système de protection sociale. Cela a été fait de manière assez satisfaisante pour les retraites ; il faut le faire maintenant pour la maladie.

Pour répondre à Serge Franchis, il est évident que notre objectif commun est d'avoir un système de soins dont le rendement soit le meilleur possible. Tous les exemples étrangers montrent que nous sommes capables de faire aussi bien qu'aujourd'hui, voire mieux, en utilisant moins de moyens. Il ne s'agit donc pas d'aller vers la raréfaction des soins mais de faire en sorte que l'ensemble de nos concitoyens puisse y avoir accès dans les meilleures conditions, en veillant cependant à ce que nous puissions en supporter le coût. Avec une croissance annuelle moyenne de 1,7 % sur les treize dernières années, notre système de protection sociale ne peut plus être calé sur un rythme de croissance de 4 % ou 5 % par an.

M. Bernard CARON - Concernant le dossier de la santé au travail, il faut absolument, si l'on veut porter une appréciation, en avoir une perspective pluriannuelle. Il faut également observer l'évolution des pays dont le niveau de développement est similaire à celui de la France. Ce dossier est le seul qui, au fil des ans, ait été à peu près bien géré. Nous observons en effet depuis trente ans une baisse constante du taux de fréquence et de gravité des accidents, ainsi que du nombre d'accidents mortels. Cela est dû à l'évidence à un effort de prévention incité par une tarification intelligente qui a donné des résultats. Pour prendre l'exemple des accidents mortels, on compte 750 décès chaque année, dont un nombre important est dû aux accidents de la route, alors que 20.000 décès sont dus chaque année à des accidents domestiques. De la même manière, le rapport annuel du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels indique qu'accidents de travail et maladies professionnelles n'arrivent qu'au sixième rang des causes nuisant à l'état sanitaire de la population. Nous n'avons donc pas honte de ce que nous avons fait dans ce domaine. Nous croyons au contraire qu'il faudrait s'inspirer de ce qui a été fait dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles pour gérer les autres dossiers.

Quant au prétendu phénomène de sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, nous observons plutôt dans les entreprises un afflux de déclarations le lundi matin, ce qui nous pose un problème. Nous ne nions pas que les deux phénomènes existent mais la responsabilité civile et pénale des employeurs en la matière est telle qu'il faudrait être « distrait » pour omettre de déclarer un accident du travail.

Un autre problème, beaucoup plus grave, est celui des maladies professionnelles. Si les accidents du travail peuvent être facilement identifiés, cela est en revanche plus difficile pour les maladies professionnelles. La plupart des pathologies ont en effet des origines multifactorielles. Elles sont liées à des facteurs environnementaux, génétiques, professionnels, etc., mais nous voyons bien la propension qu'ont certains à inscrire le maximum de pathologies à la charge du régime des maladies professionnelles. Le problème de l'amiante est effectivement un problème redoutable, sur lequel tout le monde s'est trompé et où l'État a des responsabilités, et nous ne sommes pas à l'abri d'erreurs. Ces erreurs sont en voie de correction et les victimes sont indemnisées. Malheureusement, on ne focalise l'intention que sur ce qui va mal, pas sur ce qui va bien. Chaque problème est mis en exergue par les médias et nous assistons à une « victimisation » de notre société, chaque victime considérant qu'elle n'est pas assez indemnisée. C'est dans la nature des choses. L'AFNAT est un *lobby* qui joue parfaitement son rôle mais ces manifestations médiatiques ne doivent pas occulter la réalité des dossiers.

Nous avons donc légitimité à gérer les accidents du travail et les maladies professionnelles avec les syndicats de salariés et nous assumons nos responsabilités. Nous les avons provisoirement abandonnées mais nous sommes prêts à les reprendre car nous considérons que nous avons fait du bon travail et qu'il subsiste des marges de progrès. Nous observons aussi que l'État, toujours prompt à donner des préconisations aux entreprises privées, est en revanche beaucoup moins rigoureux avec son propre personnel. J'évoquerai simplement la question de la médecine du travail, domaine dans lequel la réglementation s'avère très lourde pour les entreprises privées mais que l'État, lui, applique avec beaucoup de distance.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci beaucoup, monsieur le directeur. La CGT ayant annulé sa participation à ces auditions, nos commissaires disposent d'encore un peu de temps pour vous poser quelques questions.

M. André LARDEUX – M. Caron n’a pas répondu à la deuxième partie de ma question. Si les tribunaux accordent aux victimes de l’amiante des indemnités plus élevées que prévu, les comptes de la caisse chargée des accidents du travail risquent d’être déséquilibrés. Qui, de la solidarité nationale ou de la caisse, devra alors supporter ce déséquilibre ?

M. Bernard CARON - Le dossier de l’amiante est compliqué, des arrêts de la Cour de cassation ayant totalement modifié le système d’indemnisation. Nous avons donc engagé une réflexion — notamment avec Pierre Laroque, chargé d’un rapport sur cette question – sur la modernisation du régime d’indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles pour prendre en compte cette modification jurisprudentielle. Cela suppose que l’on rende un nouvel arbitrage entre ce qui existe depuis 1898, à savoir la présomption d’imputabilité – c’est-à-dire la mise en cause systématique de la responsabilité de l’employeur – et la réparation intégrale. Le système fut mis en place en 1898 prévoyant en effet une réparation forfaitaire en contrepartie d’une présomption d’imputabilité. Aujourd’hui, ce système se trouve bouleversé par la jurisprudence. Nous avons donc engagé une réflexion sur un nouvel équilibre et nous nous inspirons beaucoup de ce qui est fait, d’une part, dans les pays voisins et, d’autre part, dans d’autres domaines de réparation. Cela pourrait générer des coûts supplémentaires mais je rappelle que la branche accidents du travail a toujours été en excédent, celui-ci ayant été systématiquement reversé à la caisse d’assurance vieillesse ou à la caisse d’assurance maladie, pourtant gérées avec beaucoup moins de rigueur. Aujourd’hui encore, cette branche reverse chaque année au moins un milliard de francs à la trésorerie générale de la sécurité sociale. Nous avons donc là aussi quelques marges, mais encore faudrait-il que l’on finisse par respecter l’autonomie de gestion des différentes branches de la sécurité sociale, que l’on cesse de « mélanger » leurs trésoreries, de façon à ce que leurs gestionnaires en aient une visibilité minimale, ce qui n’est pas le cas aujourd’hui.

M. Nicolas ABOUT, président - Vous vous êtes déclarés non légitimes pour vous prononcer sur de nombreux sujets, notamment le taux de remboursement des médicaments. J’ai pourtant rencontré des patrons qui m’ont dit ne pas accepter le déremboursement de certains de leurs médicaments car cela pourrait s’avérer néfaste pour leur activité à l’exportation. Le Mouvement des entreprises de France ne se considère-t-il donc pas légitime pour se prononcer sur certaines de ces décisions ?

M. Bernard CARON - Le dossier du médicament est sans doute l’un des plus complexes. Il illustre bien la contradiction entre logique d’économie de marché et logique d’État-Providence, entre lesquelles nous naviguons sans cesse sans jamais clarifier les choses. Je rappelle donc que les seules ressources de la Nation proviennent de l’économie privée marchande et le MEDEF met son honneur à défendre la production des richesses car les discours solidaires n’ont aucun sens si l’on n’est pas capable de fournir les ressources correspondantes. Nous assumons le fait qu’une part importante de ces ressources soit collectivisée mais nous pensons qu’elles sont rares et que leur utilisation doit être optimisée. C’est pour cela que nous demandons des mesures de clarification, de façon à ce que la population comprenne ce dont il s’agit.

Pour revenir à l’industrie pharmaceutique, il s’agit d’une industrie de pointe, importante en termes d’emploi et de recherche. L’intérêt économique de la France est donc de conserver un site de production pharmaceutique avec des laboratoires de recherche innovants car cela va dans le sens du progrès. Cela ne veut pas dire que la sécurité sociale doit prendre intégralement en charge le financement de la recherche pharmaceutique. L’industrie pharmaceutique n’est ni la ruine ni la gloire de la sécurité sociale. Elle fait partie de l’appareil de fourniture de soins et a un poids économique important pour notre Nation. Il appartient donc à la sécurité sociale de définir la répartition de la charge entre les différents acteurs du système. Malheureusement, nous

ne pouvons même pas discuter de cela puisque nous ne savons même pas combien cela coûte, que la loi de financement n'a aucun sens et que nous ne savons pas ce qui se passera l'année prochaine. Il faut donc revenir à un redéploiement « basique » du système pour pouvoir ensuite donner un sens à cette discussion mais vouloir faire de l'industrie pharmaceutique la seule variable d'ajustement des dérives constatées aujourd'hui serait extrêmement grave et engagerait l'avenir de notre pays. Il faut donc que nous en discutons. Ce que demande prioritairement l'industrie pharmaceutique, c'est d'avoir une vision prospective de la situation. Elle veut savoir où elle va et ne pas être chaque année sous la menace d'un nouveau prélèvement, d'une nouvelle orientation ou d'une nouvelle décision.

M. Nicolas ABOUT, président - Nous sommes bien d'accord sur la nécessité pour les entreprises d'une politique à moyen terme lisible. Lorsque l'on doit réaliser des investissements lourds, surtout en matière de recherche et de développement, on a en effet besoin d'une vision à moyen et à long terme. Cela dit, il me paraît difficile pour le MEDEF de ne pas se considérer légitime sur les politiques de déremboursement ou d'évaluation du service médical rendu.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Chacun reconnaît aujourd'hui que la médecine représente un pan non négligeable de notre économie. Par conséquent, si les entreprises pharmaceutiques ne sont pas directement responsables des dépenses de santé, elles sont en revanche partie prenante dans les dépenses induites, comme le montre l'exemple du médicament.

Je souhaiterais vous poser une question sur votre proposition en matière de financement, en suggérant de donner pour mission au Parlement de fixer une enveloppe budgétaire et d'élaborer une véritable loi de financement social. Ceci est-il compatible avec la réforme adoptée récemment par le Parlement sur la loi organique des finances qui donne le sentiment de vouloir réintégrer les finances sociales dans la loi de finances plutôt que de conforter l'autonomie de la commission des Affaires sociales, autonomie qui permettrait pourtant d'avoir une juste appréciation de l'équilibre entre dépenses et recettes ?

M. Bernard CARON - Nous sommes pour une clarification des dépenses publiques. Nous sommes passés en quelques années d'un système de protection sociale dont le financement était presque intégralement assuré par des cotisations assises sur les salaires à un système dont le financement est diversifié, avec notamment des ressources dites fiscales et non plus seulement sociales. Mais si cette distinction est importante, elle n'est pas pour nous fondamentale. Ce qui est fondamental, c'est que la loi de financement définisse, branche par branche, le montant des recettes et des dépenses et, surtout, que l'on détermine chaque année le solde de l'exercice précédent. Il semble en effet ahurissant de repartir chaque année de zéro comme si l'on venait d'inventer la sécurité sociale, le solde de l'exercice précédent étant couvert par le niveau de découvert à la Caisse des dépôts et consignations (33 milliards d'euros en 2003). Il faut au moins sensibiliser l'opinion publique sur le fait que l'on ne repart pas de zéro chaque année et que le système est endetté. Au lieu de l'occulter, si vous inscrivez chaque année le déficit de l'exercice précédent au budget de l'assurance maladie, cela inciterait sans doute à la réflexion. Quand on parle de responsabilisation, il faut donc commencer par avoir une structure de financement responsable.

Concernant par ailleurs la responsabilisation des médecins, cela fait trente ans que nous faisons de la contractualisation mais nous n'en avons jamais tenu compte. A quoi riment les conventions médicales puisque chacun n'en fait qu'à sa tête ? Là encore, nous devons mettre en place une vraie contractualisation et l'évaluer régulièrement.

S'agissant enfin des assurés, comment ignorer que nous avons instauré deux fois le carnet de santé et qu'il a été abandonné deux fois ? Les médecins ne voulaient pas l'utiliser et les patients ne voulaient pas le transporter avec eux. Cela aurait pourtant permis de contrôler davantage le système. Il faut bien évidemment un fléchage mais personne n'en veut... et l'on demande ensuite au MEDEF de s'impliquer dans cette affaire ! Il faut y mettre un peu de clarté et rendre les choses compréhensibles pour la population.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Comment trouver une compatibilité entre une politique économique et une politique de santé ? Nous voyons bien quelle est la limite du système. Pour prendre l'exemple du tabac, lorsque l'on affirme que sa consommation excessive entraîne des dépenses de santé importantes et qu'il faut augmenter sa taxation pour dissuader la population d'en consommer, ceci a des effets non négligeables sur l'industrie productrice de tabac. Comment arriver à rendre compatibles ces deux politiques sans en tirer des conséquences sur la loi de finances ? J'ai le sentiment que l'on s'est toujours servi de la sécurité sociale comme variable d'ajustement des dépenses de l'État. Il faut donc mettre un terme à cela en distinguant clairement les dépenses relevant de l'État de celles relevant de la sécurité sociale. On les a en effet trop longtemps mélangées dans un souci de flexibilité des différents budgets. Mais en jouant ainsi sur la flexibilité, cela génère de considérables effets pervers pour les comptes de la sécurité sociale.

M. Bernard CARON - Les éléments de prévention sont évidemment souhaitables, pas pour des raisons financières mais sanitaires, chacun ayant intérêt à préserver son capital santé. La taxation fait certes partie de la prévention mais celle-ci passe avant tout par l'éducation.

Concernant par ailleurs l'articulation entre recettes sociales et fiscales, le régime social, autrefois entièrement financé par des cotisations sur les salaires, est aujourd'hui financé de manière beaucoup plus diversifiée. S'il existe une imbrication entre la loi de finances et la loi de financement de la sécurité sociale, c'est parce que nous avons, d'une part, des régimes de protection sociale à caractère essentiellement redistributif (allocations familiales, assurance maladie) et, d'autre part, des régimes à caractère essentiellement contributif (retraites, assurance chômage). L'interaction entre domaine social et fiscal est donc inévitable mais je n'ai pas de recette miracle pour distinguer les recettes fiscales des recettes sociales, les dépenses de l'État des dépenses de la sécurité sociale. Nous pouvons cependant demander que l'on distingue clairement les recettes et les dépenses des régimes redistributifs de celles des régimes contributifs, de façon à ce que chacun sache qui paye et pour quoi. Cette demande me semble d'ailleurs largement relayée par l'ensemble de la population.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le directeur, merci beaucoup pour votre contribution.

**Audition de MM. Jean-Claude MAILLY, secrétaire général,
et Jean-Claude MALLET, secrétaire confédéral,
responsable du secteur de la protection sociale
de la Confédération générale du travail – Force ouvrière (CGT-FO)**
(mercredi 12 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le secrétaire général, c'est la première fois que nous vous recevons dans vos nouvelles fonctions. Au nom de toute la commission, je vous souhaite de réussir dans tout ce que vous entreprendrez dans le domaine des affaires sociales. Pouvez-vous nous présenter en quelques minutes votre approche de la réforme de la protection sociale ? Nous vous poserons ensuite quelques questions.

M. Jean-Claude MAILLY - La Confédération Force Ouvrière a expliqué qu'une réforme de la sécurité sociale était nécessaire. Depuis les ordonnances de 1996, que nous avons considérées à l'époque comme un processus d'étatisation de la sécurité sociale, nous constatons que le système ne fonctionne pas comme il le devrait. On peut citer l'exemple des relations entre la sécurité sociale et les professionnels de santé, où le système conventionnel ne fonctionne plus. Nous avons donc expliqué, de manière publique et vis-à-vis de nos interlocuteurs, quelles étaient pour nous les conditions d'une réforme, les points sur lesquels nous serons vigilants et ce que nous refuserions.

Concernant les points qui nous apparaissent essentiels, il convient tout d'abord de ne pas dramatiser la situation financière. Le déficit n'est certes pas négligeable mais il doit être comparé au budget global des régimes de protection collective. Il ne faut donc pas faire preuve de catastrophisme en laissant entendre que le système serait en faillite car cela n'est pas le cas. Il est d'ailleurs préférable d'enregistrer un déficit et d'avoir une population bien couverte plutôt que des comptes à l'équilibre avec des millions de personnes exclues du système de soins.

Parmi les points qui nous apparaissent importants, le premier est la clarification des comptes de l'État et de la sécurité sociale. Nous considérons en effet que cette clarification nous permettra de définir les responsabilités des uns et des autres en matière d'assurance maladie. Nous avons dressé la liste des dépenses du régime général de la sécurité sociale qui devraient être à la charge de l'État comme, par exemple, les exonérations de cotisations patronales qui représentent chaque année près de 20 milliards d'euros et dont, malgré la loi de 1994, une partie (3 milliards d'euros) n'est pas compensée par l'État. On peut également citer les systèmes de compensation entre régimes de salariés et régimes de non-salariés, la TVA payée par les hôpitaux à l'État ou le fait que les études médicales soient les seules à ne pas être prises en charge par l'État.

Le régime général n'est donc pas dans la situation catastrophique annoncée. Il y a en fait un transfert de charges sur la sécurité sociale *via* le budget de l'État, ce qui pose des problèmes à caractère fiscal. Nous avons émis différentes pistes de réflexion, sachant qu'il n'est pas, selon nous, de la responsabilité des organisations syndicales de définir l'impôt.

Concernant la « gouvernance » du système (nous préférons le terme de « pilotage »), nous tenons à ce que les trois régimes obligatoires continuent à jouer un rôle pilote dans les négociations avec les professions de santé. A cet égard, nous avons indiqué à plusieurs reprises que nous étions en désaccord avec l'idée d'un système de copilotage associant les complémentaires aux négociations avec les professionnels de santé. Nous sommes en effet attachés à ce que le système de la sécurité sociale ne fasse l'objet d'aucune amorce de privatisation. Or les compagnies d'assurance font aussi partie des complémentaires. Associer cet ensemble au copilotage du système serait donc pour nous l'amorce d'une privatisation du système de couverture sociale. Nous ne voulons pas retrouver sur le dossier de l'assurance maladie ce que nous avons rencontré sur celui de la retraite, à savoir une réduction progressive de la couverture du régime général et une plus large place accordée au marché.

Nous sommes également favorables à une politique conventionnelle plus dynamique et plus active avec l'ensemble des professionnels de santé, qui ne porte pas uniquement sur la valeur des actes mais intègre également des notions telles que la démographie médicale. Il n'est en effet pas normal qu'il n'y ait pas de médecins généralistes conventionnés de secteur 1 dans certaines zones rurales et qu'il faille attendre plusieurs mois pour avoir rendez-vous avec un spécialiste dans certaines zones urbaines.

Enfin, sur les pistes à caractère financier, nous avons exposé différents points de vue, à commencer par la clarification des comptes. Concernant le passif, nous ne serions pas opposés à une prolongation de la CRDS si cela permettait de préserver le système et l'égalité d'accès aux soins. Nous réfutons d'ailleurs l'argument selon lequel cela reviendrait à faire supporter la charge par les générations futures car on ne peut pas comparer le budget de la sécurité sociale avec celui d'un ménage. Nous avons en revanche marqué notre opposition à une augmentation de la CSG considérant qu'elle portait essentiellement sur les salaires et les retraites, ce qui reviendrait à mettre à contribution les seuls salariés et retraités. En outre, la CSG est un impôt et cela accroîtrait la fiscalisation du financement de la protection sociale. Si la CSG devait être relevée, ce serait uniquement sur les revenus financiers et de placement. Enfin, nous réclamons une augmentation de la cotisation patronale, considérant que cela fait partie du salaire différé et parce que, comme l'ont montré plusieurs études récentes, on observe une dégradation des conditions de travail liée à la précarité et à la flexibilité, ce qui se traduit par une augmentation des dépenses de santé. Une augmentation des cotisations patronales nous apparaît donc justifiée.

Enfin, sur les questions de méthode, nous avons rappelé à plusieurs reprises que nous ne nous trouvions pas dans un processus de négociation. Au final, c'est en effet le Parlement qui votera le texte. Nous ne sommes donc pas dans un processus de négociation avec le Parlement. Nous sommes en revanche dans un processus de consultation, sachant qu'il nous apparaît important que le Gouvernement communique très rapidement ses orientations.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Nous avons eu quelques éléments de réponse concernant la gouvernance et la part des dépenses à la charge de l'État et de l'assurance maladie. Sur ce point, pouvez-vous nous donner un ordre de grandeur des dépenses supportées de façon indue par la sécurité sociale ?

Concernant par ailleurs la responsabilisation des acteurs, pouvez-vous nous dire quelle forme de responsabilisation vous imaginez pour les professionnels de santé et pour les usagers ? Concernant enfin le financement du système, j'ai noté que vous étiez favorable à la réouverture de la CADES, opposé à une augmentation de la CSG excepté sur les revenus financiers et de placement et que vous proposiez une augmentation des

cotisations patronales. Pouvez-vous nous dire quelle part du déficit, évalué à 13 ou 14 milliards d'euros, pourra être résorbée par des économies et quelles seront les nouvelles recettes nécessaires pour le retour à l'équilibre ?

M. Jean-Claude MAILLY - Concernant votre première question, le sénateur Descours a évalué dans son rapport à 18 milliards de francs les charges indues.

Concernant la responsabilisation, nous acceptons cette notion dans une logique de prévention. La campagne sur les antibiotiques menée ces derniers mois entre par exemple pour nous dans le cadre d'un processus de prévention et de responsabilisation. En revanche, nous sommes plus que réticents, pour ne pas dire opposés, à toute tentative de culpabilisation des assurés sociaux. Nous avons rappelé à plusieurs reprises que nous étions opposés à l'idée d'une franchise qui viserait à culpabiliser les assurés sociaux. Nous trouvons d'ailleurs que cette mesure de maîtrise comptable est totalement contraire à la volonté de maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Quelles économies pouvons-nous attendre d'une maîtrise médicalisée ? Nous ne nous estimons pas compétents pour juger de l'utilité d'un médicament. C'est pour cette raison que nous préconisons la création d'un « Haut conseil scientifique » indépendant, composé de spécialistes, et qui pourrait par exemple définir des références médicales opposables. On pourrait par exemple considérer que trois échographies sont suffisantes pour une grossesse médicale et qu'une quatrième devrait être médicalement justifiée. Il s'agirait en fait de définir de bonnes pratiques médicales. Dans un processus de maîtrise médicalisée, qui passe notamment par la discussion avec les professionnels de santé, c'est dans le cadre d'engagements réciproques que l'on peut aboutir à une forme de régulation respectueuse des besoins des assurés sociaux. On pourrait prendre pour référence la convention de 1993 qui commençait à porter ses fruits en 1994 avant les événements de 1995 et de 1996.

Quelle est la date limite pour revenir à l'équilibre ? Lorsque le Parlement discute de la loi de financement de la sécurité sociale, il fixe des objectifs prévisionnels, mais nous ne souhaitons pas qu'il s'agisse d'objectifs contraignants, qu'ils soient annuels ou pluriannuels. Nous ne sommes pas d'accord pour qu'il y associe des contraintes budgétaires car nous risquerions d'entrer dans un système de rationnement d'emblée. Nous raisonnons selon une logique d'objectif prévisionnel et non d'enveloppe fermée. Dans un domaine tel que celui-ci, un déficit n'est en effet pas aussi catastrophique que certains ne l'affirment.

Qui doit fixer les taux de remboursement ? Nous considérons que cette question dépend de l'État, sauf à évoluer vers un système de type professionnel ou interprofessionnel, dans la logique de l'UNEDIC ou des caisses de retraite complémentaires, où patronat et syndicats décident du niveau des prestations et des cotisations. Mais je ne pense pas que nous nous orientions dans cette voie. Il nous paraît donc important que la fixation du taux de remboursement continue à relever de la puissance publique, sur la base des avis émis par le Haut conseil scientifique.

M. Gilbert CHABROUX - Merci pour la clarté et la cohérence de votre exposé. Je partage certains de vos points de vue. Je considère d'abord qu'il ne faut pas faire de catastrophisme, même si la situation de la sécurité sociale, plus particulièrement de l'assurance maladie, est préoccupante, et je regrette que le Gouvernement tombe dans ce travers. Beaucoup d'annonces visent en effet à culpabiliser. Vous avez donné votre point de vue sur ce sujet mais je souhaiterais que vous précisiez votre position sur la question de la fraude. On nous a dit qu'il y avait 10 millions de cartes « Vitale » en surnombre. Quel est à votre avis le niveau des fraudes et des abus ?

Vous avez également parlé de la question du forfait ou du reste à charge et votre point de vue me semble tout à fait satisfaisant. Une question se pose cependant sur le paritarisme. Le MEDEF affirme n'être pas compétent et ne pas souhaiter revenir au paritarisme. Or vous parlez d'une augmentation des cotisations patronales, ce qui concerne le MEDEF, même si celui-ci estime ne pas être compétent pour décider de la fermeture d'un service ou du déremboursement du médicament, mais seulement dans le domaine des accidents du travail et des maladies professionnelles. Votre conception du paritarisme passe-t-elle par le MEDEF ? Celui-ci a-t-il une place dans le système qui devrait être mis en place ?

M. Alain GOURNAC - Je vous ai écouté avec attention et je suis heureux de constater que vous êtes favorable à la création d'une Haute autorité indépendante de tout *lobby*. En revanche, vous ne nous avez pas dit grand-chose sur le dossier médical, sujet qui a pourtant été évoqué.

Concernant la responsabilisation des patients, il ne s'agit pas de les montrer du doigt mais d'éviter que les pharmacies des Français ne soient trop remplies. La consommation de médicaments est en effet excessive et nous ne pouvons pas continuer ainsi. Vous ne nous avez pas non plus donné votre avis sur la question de l'hôpital, qui est pourtant à l'origine de 50 % des difficultés actuelles. FO est très bien implantée dans les hôpitaux et je suis persuadé que cette organisation doit formuler des propositions très spécifiques pour y faire évoluer les choses.

M. Guy FISCHER - Vous avez insisté sur la distinction entre maîtrise comptable et maîtrise médicalisée mais il y a manifestement « langue de bois » sur la définition du périmètre des soins remboursables, c'est-à-dire du panier de soins. Il y a sur ce point un débat quant aux responsabilités collectives et individuelles qui mérite selon moi d'être pris en compte.

D'autre part, nous voyons bien que l'hôpital est stigmatisé dans de nombreux discours. On dit souvent que certains hôpitaux auraient dû être fermés plus tôt car ils sont source d'inégalités quant à la qualité des soins. Nous avons le sentiment de ne pas répondre à tous les besoins. Pourtant, depuis quelques années, le nombre d'établissements a diminué de manière très importante et leur concentration donne naissance dans certaines régions à de véritables « déserts » médicaux. Pouvez-vous nous en dire plus sur ces restructurations, sans précédent, menées à marche forcée par les ARH ?

M. Jean-Claude MAILLY - Concernant la question de la fraude, nous pensons que le fait d'annoncer qu'il existait 10 millions de fausses cartes Vitale en surnombre était une maladresse. Depuis cette annonce, il a en effet été expliqué que ces cartes en surnombre étaient dues à des renouvellements, des déménagements, etc. De manière générale, nous considérons qu'il faut se garder d'annonces intempestives qui pourraient conduire à stigmatiser telle ou telle population. Aucun système n'est parfait mais il ne faut pas stigmatiser de tels phénomènes pour des raisons de communication.

Concernant le paritarisme, il appartient aux organisations patronales de se prononcer sur le rôle qu'elles veulent jouer au sein du système. Le paritarisme reste cependant justifié car près de 70 % du financement du système provient des cotisations sociales. Si le régime général devait être un jour financé de manière majoritaire par l'impôt, la question de la légitimité du paritarisme serait posée, mais nous n'en sommes pas là, fort heureusement. Cela étant, il existe un collège patronal, libre à chaque organisation de siéger ou non au sein des instances. Je rappelle en effet qu'il existe des organisations qui n'y sont pas représentées, comme l'UNAPL ou le patronat de l'économie sociale. Il appartient donc au MEDEF de dire ce qu'il compte faire, sachant

que nous ne pourrions pas accepter qu'il sélectionne les caisses dans lesquelles il siègera. Nous restons en effet attachés à la notion d'unité du régime général.

Concernant la Haute autorité, il s'agirait bien pour nous d'une autorité scientifique et de caractère indépendant, qui devra rendre des avis publics.

Nous ne sommes par ailleurs pas opposés au principe du dossier médical à condition qu'il reste strictement confidentiel et ne soit accessible qu'aux médecins prescripteurs.

Concernant l'hôpital, il existe aujourd'hui des problèmes liés au plan Hôpital 2007. FO conteste certaines dispositions de ce plan qui, par exemple, entraîneront en moyenne la fermeture de 22 % des lits l'été prochain. Nous sommes prêts à discuter de la reclassification de certains lits mais, pour nous, l'hôpital public, qui est un élément essentiel du dispositif, relève de la responsabilité des pouvoirs publics, même si les régimes obligatoires d'assurance maladie doivent être mieux associés qu'aujourd'hui à la coordination entre médecine de ville et hôpital.

Concernant le panier de soins, nous n'aimons pas ce terme. Nous ne voulons pas revivre pour l'assurance maladie ce que nous avons connu avec la retraite, à savoir un panier de soins restrictif et un appel au marché pour couvrir les autres soins, ce qui conduirait inévitablement à un système inégalitaire. Pour prendre l'exemple des Etats-Unis, les dépenses de santé y représentent 14 % du PIB (contre 9,5 % en France) mais 43 millions de citoyens américains sont exclus du système de soins. C'est pour cela que nous ne souhaitons pas de copilotage et que nous raisonnons dans une logique de pilotage par le régime général. Nous pensons que l'organisation des soins et de la prise en charge peut être améliorée et c'est pour cela que nous sommes opposés à toute baisse des remboursements. Pour nous, la sécurité sociale doit avoir compétence pour rembourser au premier euro. Nous ne sommes donc pas favorables à la notion de panier de soins.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le secrétaire national, monsieur le secrétaire confédéral, je vous remercie d'être venus et vous renouvelle tous mes souhaits de réussite.

**Audition de M. Jean-Marie SPAETH, président du conseil d'administration
de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)**
(mercredi 19 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Bonjour à tous. Nous accueillons aujourd'hui M. Jean-Marie Spaeth, président du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, pour faire le point sur le projet de réforme de l'assurance maladie, et peut-être plus particulièrement sur les annonces faites par le ministre de la santé.

Monsieur le président, souhaitez-vous présenter quelques remarques préliminaires ?

M. Jean-Marie SPAETH - J'aimerais faire trois remarques. Tout d'abord, je pense que la question de la réforme, ou plus exactement de l'adaptation de la sécurité sociale aux réalités médicales, sociales, économiques actuelles, est une absolue nécessité, si l'on veut maintenir les fondements de notre système. J'estime que le Haut comité, dont certains sénateurs ont fait partie, a clairement mis en évidence que le vrai problème de l'assurance maladie résidait dans l'organisation du système de soins.

Par ailleurs, sur la question de la gouvernance, nous ne devons pas tenter de déterminer ce que l'assurance maladie doit avoir comme délégation, mais plutôt ce que l'État est prêt à déléguer. La réforme de l'assurance maladie et du système de soins est autant une réforme de l'État.

Enfin, il convient de rappeler que notre système de soins, qui forme un ensemble soins-assurance maladie, est non régulé, non organisé, et n'a pas de cohérence par rapport aux besoins de la population, pris collectivement ou individuellement, ni d'articulation avec l'évolution économique de notre pays.

Ces trois questions sont intimement liées. Elles doivent être traitées par la réforme de l'assurance maladie, non pas alternativement mais simultanément.

Comme j'ai eu l'occasion de le dire hier, il n'est en définitive pas facile de définir à quelle politique de santé correspond l'assurance maladie, et à quels objectifs de santé publique elle répond. Les responsabilités ne sont pas très visibles, et les règles du jeu sont peu claires pour les patients. Par rapport à n'importe quel autre secteur de l'activité économique, le fonctionnement de l'assurance maladie apparaît anarchique. En France, cette anarchie est presque revendiquée, au nom de la liberté. Mais derrière ce mot, on accepte toutes les inégalités, toutes les déviances. Sur un sujet de société aussi fondamental, les élus de la Nation tout comme les gestionnaires s'accrochent à une forme de laisser-faire qui, à terme, modifiera fondamentalement, un système qui est un élément structurant de la cohésion sociale, mais aussi de la démocratie.

Pierre Laroque, au lendemain de la Seconde guerre mondiale, aimait à dire qu'« après la démocratie politique, que nous avons acquise, la sécurité sociale doit nous permettre de construire une démocratie sociale. » Cet élément reste totalement d'actualité, notamment sur le sujet de la gouvernance.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, puisque vous évoquez précisément le thème de la gouvernance, comment imaginez-vous la répartition nouvelle des responsabilités entre l'État et les partenaires sociaux ? Considérez-vous qu'il faille

procéder à une large délégation de compétences aux partenaires sociaux pour la gestion de l'assurance maladie ? Estimez-vous au contraire qu'il faut uniquement leur laisser le soin de gérer tout ce qui est strictement lié au travail – accidents, maladies professionnelles, indemnités journalières, etc. –, et redonner à l'État plus de contrôle, de maîtrise, dans les autres domaines, et en particulier la maladie ?

M. Jean-Marie SPAETH - Monsieur le président, je ne considère pas le problème de cette manière. De mon point de vue, la France a besoin d'un État stratège, garant, mais pas forcément gérant du système. Il appartient à l'État, et aux élus, de définir périodiquement la politique de santé. Je suis donc favorable à des lois quinquennales fixant les grands choix en matière de santé. La santé ne doit pas être considérée uniquement comme une question sanitaire ; elle recouvre aussi tous les problèmes liés à l'environnement, aux conditions de vie, de travail, etc. Notre pays doit régulièrement débattre de ces questions.

Il appartient aussi à l'État de définir les priorités sanitaires, sans tomber dans l'excès. Par exemple, la lutte contre le cancer doit être incontestablement une priorité de l'État. Outre son rôle de définition du cadrage financier, l'État doit favoriser l'émergence d'une communauté scientifique qui puisse définir les priorités sanitaires et l'aider à déterminer les droits des citoyens en matière d'accès aux soins.

Nous ne sommes pas égaux face à la santé. Mais la mission de service public que doit remplir l'assurance maladie est d'aménager un accès aux soins le plus égalitaire possible.

Toutes ces grandes questions sanitaires doivent donc être débattues, discutées. Mais elles sont ardues, car il est difficile de concilier spontanément l'intérêt individuel, l'intérêt scientifique et l'intérêt collectif. A titre d'exemple, lorsque les scientifiques disent que les médicaments ne correspondent pas à un service médical rendu suffisant, ils peuvent avoir scientifiquement raison, du moins de mon point de vue. Néanmoins, les personnes qui se soignent aux médicaments homéopathiques considèrent que cela répond à leur besoin. Il y a donc une contradiction entre l'intérêt scientifique et l'intérêt individuel.

De la même manière, quand la communauté scientifique considère que l'intérêt scientifique de certaines cures thermales n'est pas clairement démontré, l'intérêt collectif peut prendre le dessus, dans la mesure où ces stations thermales représentent aussi un enjeu économique en matière d'emplois. Il y a donc une contradiction entre l'intérêt scientifique et l'intérêt collectif. L'État doit trancher ces différents conflits d'intérêts.

A titre de comparaison, en matière d'assurance vieillesse et famille, les prestations se font en espèces. L'argent est prélevé, puis est redonné selon les conditions fixées. A l'inverse, dans le cadre de l'assurance maladie, en dehors des indemnités journalières et des prestations invalidité, les prestations sont en nature. Le droit de tout assuré social est honoré par un professionnel de santé. Le rôle de l'assurance maladie est donc d'assurer, par délégation, l'interface entre les droits individuels et collectifs définis par le Parlement et ces droits tels qu'ils sont mis en œuvre par les professionnels, de manière à obtenir la réponse la plus efficiente possible en termes qualitatifs, quantitatifs et sur l'ensemble du territoire.

Concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, je trouve légitime que les règles du jeu (par exemple, la tarification) soient définies par une commission strictement paritaire. Toutefois, j'estime que les décisions de gestion doivent être mises en œuvre à l'intérieur de l'assurance maladie par le même réseau, dans la même branche. On peut disposer de règles du jeu différentes en matière de soins, de tarifications, selon le moment où survient par exemple un accident (dans le cadre

privé ou professionnel). Mais la mise en œuvre doit s'effectuer à l'intérieur du réseau de l'assurance maladie. C'est cette même thèse que je plaide pour les personnes âgées et la dépendance.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, sur le thème de cette délégation, considérez-vous que les partenaires sociaux soient liés par une obligation de résultat, à partir du moment où vous chargez l'État de définir le cadrage financier (recettes et dépenses) ?

M. Jean-Marie SPAETH - Bien évidemment, les partenaires sociaux auraient en contrepartie cette obligation, sans quoi la délégation n'aurait pas de sens. Comment la mettre en application ? En premier lieu, je pense que l'idée d'un Haut comité qui éclaire l'assurance maladie dans ses choix, mais aussi l'État sur les priorités en matière de remboursement, est excellente.

Deuxièmement, je pense que l'assurance maladie doit être une force de proposition, avec obligation pour l'État de répondre à ses propositions. Le silence de l'État, par rapport aux propositions, n'est plus acceptable.

Troisièmement, la délégation de gestion doit laisser des zones d'autonomie à l'assurance maladie, et permettre la mise en œuvre d'accords réciproques entre la base et le complémentaire. Des marges de variation doivent être laissées à l'assurance maladie pour lui permettre de procéder aux ajustements nécessaires concernant les remboursements. A ce sujet, je rappelle que l'assurance maladie avait entre 1967 et 1995 l'opportunité de décider une augmentation des cotisations, ce qu'elle n'a jamais fait.

Je pense qu'une assurance maladie bénéficiant d'une véritable délégation de gestion, où le champ de compétence et de responsabilité est clairement identifié par l'opinion publique, les partenaires sociaux et la société civile en général, est capable de prendre des décisions d'importance.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, pensez-vous que les centrales syndicales suivraient leurs représentants siégeant dans ces structures d'assurance maladie si elles décidaient l'augmentation des cotisations, conformément aux engagements pris dans les contrats d'objectifs ?

M. Jean-Marie SPAETH - Je crois tout d'abord que les organisations syndicales d'employeurs et de salariés ont montré, dans de nombreux domaines, leur capacité de gestion, notamment sur les retraites complémentaires.

Si le Gouvernement et le Parlement font une proposition de délégation, chacun doit ensuite prendre ses responsabilités. Si une organisation syndicale considère que sa fonction tribunitienne est plus importante que sa fonction de gestionnaire, elle doit assumer les conséquences de sa décision. Pour ma part, j'estime que, dans une démocratie, comme la nôtre, une organisation syndicale en charge de l'intérêt général doit être capable d'assumer sa fonction de gestion. Je rappelle par ailleurs que le MEDEF a quitté la CNAM il y a deux ans et demi.

Mais j'aimerais soulever une question concernant le rôle des entreprises dans le fonctionnement de l'assurance maladie : ce rôle est-il de faire du lobbying vis-à-vis de l'État pour que celui-ci crée le meilleur environnement économique pour les entreprises ? L'entreprise a-t-elle au contraire un rôle citoyen, dans notre pays ?

Derrière ces questions, ce sont les fondements de l'organisation du système de sécurité sociale – tel qu'il a été créé en 1945 – qui sont interrogés. L'UPA est restée pour des raisons philosophiques, estimant que la gestion de la protection sociale à l'intérieur de l'entreprise jouait en défaveur des petites entreprises, et ne bénéficiait qu'aux grandes.

De mon point de vue, la question de la participation des partenaires sociaux ne relève pas seulement d'une logique d'opportunité économique, mais d'une logique politique. Au lendemain de la guerre, un président du CNPF parlait « d'entreprises citoyennes ». Aujourd'hui, ce débat est reposé ; la place du MEDEF dans l'assurance maladie redevient d'actualité.

M. Nicolas ABOUT, président - J'aurais d'autres questions à poser, mais je ne veux pas monopoliser le débat. Je donne donc la parole au président Fischer, puis à Alain Vasselle, notre rapporteur.

M. Guy FISCHER - Je regrette, monsieur le président Spaeth, que vous n'ayez pas éclairé le débat d'aujourd'hui à la lumière des propositions qui ont été faites par le ministre de la santé. Vous avez fait référence au pacte social, à l'idée d'entreprise citoyenne. Ne pensez-vous pas qu'après ce qui a été annoncé, le pacte social a encore subi un revers ? En lisant la presse du jour, on apprend que si les actifs ne sont pas touchés par la CSG, il y aura élargissement de l'assiette de cette contribution ; on invente la nouvelle formule de « retraité imposable ». Enfin, on peut pratiquement dire que les spécialistes ont gagné la liberté des tarifs. Quand le conseil d'administration de la CNAM va-t-il examiner le projet de loi ?

M. Jean-Marie SPAETH - Le conseil d'administration de la CNAM est normalement saisi sur un texte de loi. Concernant le projet de réforme, nous devrions être saisis fin mai. Nous aurons alors onze jours pour l'examiner et tenter d'émettre un avis.

M. Nicolas ABOUT, président - Votre conseil d'administration sera saisi à partir du 28 mai.

M. Jean-Marie SPAETH - Tout d'abord, je n'aime pas faire de commentaires sur des propositions qui ne sont pas écrites et stabilisées. C'est la raison pour laquelle je n'ai pas commenté les propos du ministre.

Je vous rappelle par ailleurs que c'est à vous, mesdames et messieurs les sénateurs, de définir ce qui relève du décret et non de la loi. Mais je suis d'accord avec vous sur le fait que la loi doit être la plus précise possible afin que les décrets soient réellement conformes aux textes votés, et que les marges d'interprétation soient restreintes.

Par ailleurs, concernant le financement, il faut rappeler que les recettes liées aux cotisations employeurs constituent la majeure partie du financement de l'assurance maladie, avant la CSG. De son côté, l'élargissement de l'assiette est en effet une forme de recette supplémentaire.

J'aimerais maintenant vous faire part d'une de mes convictions : la thèse du salaire différé ne peut s'appliquer à la maladie. Elle est pertinente et logique pour la période de retraite : si je paie solidairement pour la retraite, je n'ai pas à cotiser une nouvelle fois lorsque je suis en retraite. Le même raisonnement s'applique pour la période de chômage : je n'ai pas à cotiser pour le chômage lorsque je suis au chômage.

Dans le domaine de la maladie, seule la logique de solidarité entre bien-portants et malades peut prévaloir. Cette solidarité doit s'exercer tout au long de la vie. Par conséquent, la contribution doit se faire au moment où l'on vit, et non de manière différée. En d'autres termes, à revenu égal, il doit y avoir cotisation égale. Cette équation doit s'appliquer, à tout âge de la vie et quelle que soit l'origine du revenu : salaire, revenu de remplacement, capital ou immobilier. On ne peut pas revendiquer le droit de ne plus payer de cotisations assurance maladie à soixante-dix ans, sous prétexte qu'on a payé cette cotisation pendant plusieurs décennies. Cela n'est en tout cas pas ma

conviction ; car autrement, on passerait d'une logique d'assurance à une logique d'assistance sociale. Je suis personnellement très attaché à la notion d'assurance sociale, car elle donne un droit citoyen. Dans la logique d'assurance, on soigne les gens en respectant leur dignité.

Par ailleurs, je note que personne ne conteste le fait qu'il faille payer la CSG lorsqu'on est au SMIC.

M. Nicolas ABOUT, président - Merci, monsieur le président. Je donne la parole à M. Vasselle, notre rapporteur.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur le président je vous remercie. J'aurai quelques questions à poser à M. Spaeth. Dans le cadre du diagnostic partagé du Haut conseil, il a été acté que les dépenses d'assurance maladie connaissent une croissance de deux points supérieure à celle du PIB. Un des objectifs de la réforme est de gommer cette différence, afin d'atteindre l'équilibre entre les recettes et les dépenses. Le Gouvernement annonce une série de mesures qui pèsent autant sur les dépenses que sur les recettes. Les économies potentielles annoncées seraient de l'ordre de quinze à seize milliards d'euros.

J'aimerais donc savoir si cette économie sera pérenne et suffisante pour gommer ces deux points, de sorte que l'on puisse espérer atteindre l'équilibre dans deux ou trois ans, lorsque le dispositif sera pleinement mis en œuvre. Pensez-vous à l'inverse qu'il y ait un risque de dérapage des dépenses, qu'il faudra sans cesse rattraper, en fonction de la conjoncture ?

Par ailleurs, j'aimerais savoir si vous estimez que l'ensemble du chiffrage qui a été effectué par le Gouvernement est fiable, notamment s'agissant des dix milliards d'euros d'économies annoncés et des recettes attendues supplémentaires, dont celles évoquées par Guy Fischer, qui devraient générer entre cinq et six milliards d'euros.

Enfin, vous parlez d'universalité de la cotisation pour tous les Français et vous insistez sur l'importance du terme « assurance » sociale, par opposition à « assistance » sociale. Cela veut-il dire que les retraités non imposables doivent apporter leur contribution ? Souhaitez-vous que participent également les bénéficiaires de la CMU ?

M. Jean-Marie SPAETH - Monsieur le sénateur, je commencerai par votre dernière question. Je combats la thèse du salaire différé pour une raison simple : tout le monde s'accorde à dire que chacun doit payer selon ses revenus et recevoir selon ses droits mais, lorsqu'il s'agit de passer à l'acte, chacun veut modifier le système et faire partie des exceptions à la règle, comme pour les impôts.

Par ailleurs, il existe bien un différentiel entre la progression des dépenses maladies et celle du PIB. Évidemment, je peux vous dire aujourd'hui que notre système de soins, par sa désorganisation, est source de dépenses inutiles et pas nécessairement de bonne qualité. Par exemple, la surconsommation médicamenteuse est source de dépenses et de mauvaises pratiques.

Le système de l'assurance maladie délivre majoritairement des prestations en nature. Vous ne pouvez donc modifier ni les comportements, ni les intérêts particuliers du jour au lendemain. L'assurance maladie représente entre 1,8 et 2 millions d'emplois. Elle implique des intérêts industriels, commerciaux : le taxi, l'ambulance, l'aménagement du territoire, etc. Elle met en jeu des intérêts individuels, et je crains que cela ne se modifie pas du jour au lendemain. Je pense donc qu'il est important de remettre l'assurance maladie et le système de soins sur de bons rails, et de créer les conditions nécessaires pour que les outils de régulation soient donnés à ceux qui en ont besoin.

Personnellement, je ne crois pas qu'il faille faire un dogme de l'ajustement entre les dépenses de santé et le PIB. Il peut y avoir des périodes, dans notre histoire, durant lesquelles on décide collectivement de consacrer davantage de moyens à la santé. Concernant les prévisions d'économies, dont j'ai pris connaissance comme vous dans la presse, je pense que la direction peut être bonne, à partir du moment où la communauté scientifique définit clairement des protocoles, des références, que l'État a le courage de considérer que ces protocoles sont opposables, sans que cela ne remette en question la liberté d'appréciation des médecins.

Sur la liberté tarifaire, j'ai déjà exposé mon point de vue aux syndicats médicaux. Nous établissons actuellement une classification commune des actes, qui se terminera dans quinze jours. C'est un travail titanesque : tout doit être répertorié, classé, pesé, hiérarchisé, validé. Désormais, nous devons tout tarifer. Ce travail, qui implique des enjeux financiers d'importance, risque selon moi d'être plus compliqué. On sait par exemple que les chirurgiens sont sous-classés - et qu'il faut les revaloriser -, que les radiologues sont légèrement surclassés, etc.

Les médecins sont favorables à la classification. Selon eux, un acte doit avoir à la fois un contenu -intellectuel, physique etc., et une valeur, un prix. A partir de là, je leur demande comment ils peuvent justifier la liberté tarifaire. On ne peut en effet pas dire à la fois qu'un acte à un contenu médical, qualitatif et quantitatif, et ensuite vouloir établir la valeur de cet acte en fonction de la capacité économique de chaque patient. A titre d'exemple, dans les protocoles et les références, on peut décider que pour une grossesse normale, un certain nombre d'échographies sont prises en charge par la sécurité sociale, le reste étant à la charge de la patiente. Mais la valeur de l'acte est la même, puisque le contenu est similaire.

De mon point de vue, la notion de liberté tarifaire est passiste. Pour un professionnel, elle consiste à accepter d'être soumis à la pression du patient en fonction de l'argent qu'il est prêt à donner. Je pense que l'aura des médecins implique que les actes soient classifiés, quantifiés, et que les prix soient définis au terme d'une négociation.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - J'aimerais poser une question complémentaire à M. Spaeth concernant le dossier médical, qui semble susciter un consensus généralisé. Un premier financement est prévu, pour une expérimentation dans le projet de loi de finances 2004. Pourriez-vous nous donner votre sentiment sur la faisabilité de ce dossier médical, et sur l'éventuelle échéance de sa généralisation ?

M. Jean-Marie SPAETH - Tout d'abord, j'aimerais profiter de cette question pour vous faire part de mon contentement à la lecture de la presse de ce matin. La une des Échos présentait la carte Vitale. Or, il y a moins de trois ou quatre ans, tout le monde s'opposait à la mise en place de cette carte. Les gouvernements successifs nous ont invités à renoncer, tandis que les professionnels de santé, pour un certain nombre, ont tout fait pour que ce projet ne se réalise pas.

Monsieur le sénateur, je crois que le fait que l'on puisse aujourd'hui parler de dossier médical est le résultat de la persévérance de l'assurance maladie. Sans carte Sésame Vitale, il n'y aurait jamais eu d'informatisation des cabinets médicaux. Or un dossier médical partagé suppose cette informatisation du monde médical. Celui-ci avait un retard considérable en matière d'équipement en outils modernes. A la CNAM, nous nous honorons d'avoir contribué à cette informatisation. Je tenais à le dire, car il est rare que l'on revienne sur les points positifs auxquels nous contribuons.

Nous sommes favorable à un « dossier médical patient » partagé. J'aimerais à ce sujet dire que l'hôpital est également concerné par le dossier médical. Selon moi, la tâche ne sera pas facile pour le lui faire accepter.

Surtout, ce dossier ne doit pas seulement assurer la fonction de contrôle de la consommation médicale. Il doit être un véritable dossier médical.

Dans tous les cas, la mise en place du dossier médical partagé pose le redoutable problème de l'accessibilité. L'accès n'est pas le même pour le médecin du travail, le médecin traitant ou l'infirmière.

Aujourd'hui, nous nous heurtons surtout au problème de l'absence de producteurs de logiciels. Les appels d'offre seront bientôt lancés, et les expérimentations démarreront au début de l'année 2005, dans quelques sites diversifiés (grande ville par exemple).

Un décret, je crois, est paru sur le suivi plus scientifique du dossier. Mme Gros, de la MSA, présidera le comité.

Concernant les délais, à ce stade, nous sommes, à la CNAMTS, favorables au traitement le plus rapide possible du dossier. Mais je doute que l'on aura généralisé le dossier médical à l'ensemble du pays d'ici deux ans. Finalement, les délais dépendent beaucoup des producteurs de logiciels.

De manière générale, les conditions sont plutôt favorables à la mise en place du dossier médical.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, effectivement, il y a déjà eu des tentatives qui ont été réalisées par des réseaux. Je pense que nous discuterons la semaine prochaine des opérations lancées par le réseau de maternités en Yvelines.

M. Jean-Marie SPAETH - Nous aimerions surtout que le logiciel mis en place soit fongible avec les réseaux déjà existants, qui sont financés à titre expérimental. Les réseaux doivent pouvoir adopter des normes compatibles.

M. Nicolas ABOUT, président - Nous avons dépassé le temps qui nous était imparti, mais compte tenu de vos hautes responsabilités et des questions qui restent, nous allons prolonger encore d'un quart d'heure cette audition. J'ai six questions, émanant des intervenants suivants : MM. Souvet, Chabroux, Cazeau, Chérioux, Franchis, Gournac. Je vous remercie d'avoir la gentillesse de vous limiter aux questions.

M. Louis SOUVET - Je partirai d'un constat général : il y a un déficit dans les comptes de la sécurité sociale. Pour le combler rapidement, il faut soit réaliser des économies, soit augmenter la participation des différents contributeurs. A partir de ce constat, on doit s'accorder sur le fait qu'une réforme de l'assurance maladie est désormais absolument inévitable.

On doit reconnaître que les mauvaises pratiques perdurent. J'aimerais entendre le président de la CNAMTS sur ce sujet, afin de savoir s'il existe des moyens de lutter contre. A titre d'exemple, je souhaiterais évoquer une de ces mauvaises pratiques : certains malades ont des traitements longs, renouvelables parfois pour toute la vie. Le médecin qui visite régulièrement ce type de patients, rédige ses ordonnances systématiquement, contre le paiement de la consultation, sans aucun acte médical (prise de tension, etc.). Je considère cela comme une mauvaise pratique. J'aimerais connaître votre avis sur la question.

Par ailleurs, vous avez développé le thème de l'universalité des cotisations sur les revenus. Y incluez-vous les revenus des étrangers en France et ceux gagnés à l'étranger par des Français ?

Enfin, vous avez parlé tout à l'heure de la CNAMTS en ces termes : « une organisation syndicale démocratique comme la nôtre ». Cela m'a un peu surpris.

M. Jean-Marie SPAETH - Ça n'est pas ce que j'ai voulu dire, j'ai dû faire un lapsus.

M. Gilbert CHABROUX - Je n'ai pas l'impression que nous soyons en phase avec la réalité dans le débat que nous menons depuis tout à l'heure. Le ministre de la santé est intervenu lundi soir à la télévision et a annoncé un certain nombre de mesures. Un plan a été présenté par le parti socialiste, un autre par le parti communiste. Je ne comprends pas que vous n'en parliez pas d'une façon concrète. Il n'est pourtant pas dans vos habitudes de pratiquer la langue de bois. Par ailleurs, vous dites aujourd'hui que vous ne souhaitez pas réagir sur ce qu'a dit le ministre oralement, alors que vous êtes une des personnes les mieux placées pour le faire de façon pertinente.

Je pensais vous entendre dire que les propositions du ministre sont particulièrement déséquilibrées, qu'elles pénalisent les assurés sociaux, et favorisent les entreprises. Que pensez-vous du forfait d'un euro sur la consultation ? Cela ne ressemble-t-il pas, comme certains l'ont dit, à de la maîtrise comptable ? Cela ne va-t-il pas contribuer à l'éviction d'un certain nombre de personnes du système de soins ? N'est-ce pas contraire au principe du financement solidaire qui fonde la sécurité sociale ?

Vous avez développé votre point de vue – ce que j'apprécie – sur la généralisation éventuelle du secteur à honoraires libres pour les spécialistes ; le plan Douste-Blazy ne comporte-t-il pas le risque de créer une médecine à deux vitesses ?

Enfin, est-il normal de prolonger la contribution au remboursement de la dette sociale ? A-t-on le droit de reporter la dette sur les générations futures ? A ce sujet, j'aimerais rappeler que ces dettes ont été accumulées par les gouvernements de droite, et que la gauche essaie tant bien que mal depuis 1997 d'équilibrer les comptes.

M. Bernard CAZEAU - Monsieur le président, je ne poserai pour ma part qu'une seule question. Sachant qu'il est difficile de régler le problème de l'équilibre de la sécurité sociale sans consulter les professions de santé et les citoyens, et sachant parallèlement qu'au cours des dernières années toutes les réformes a minima ont été envisagées – telles que celle qui est présentée par M. Douste-Blazy, pensez-vous qu'il soit possible de réussir une véritable réforme sans une certaine rigueur dans les chiffres, et donc sans une certaine maîtrise comptable ?

M. Jean CHERIOUX - Je me contenterai également d'une seule question. Monsieur le président, vous avez dit que vous souhaitiez que la caisse d'assurance maladie soit gérée de manière autonome. Cela signifie-t-il que lorsque le Parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale, vous souhaitez vous-même vous organiser, éventuellement avec vos partenaires des mutuelles, pour respecter l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) tel qu'il a été voté ?

M. Serge FRANCHIS - Nous abordons aujourd'hui trois problèmes : la santé, la maladie et l'assurance. J'aimerais vous poser deux questions. Premièrement, pensez-vous que la réforme qui s'engage soit susceptible de permettre tout autant la garantie de l'offre de soins, pour tous nos concitoyens, que l'équilibre du système ?

Ma deuxième question s'inscrit dans le prolongement de l'intervention de Louis Souvet : trouvez-vous normal qu'un médecin généraliste peu professionnel, qui reçoit son patient pendant dix minutes seulement pour lui rédiger une ordonnance, perçoive vingt euros, tandis qu'un de ses collègues effectue un véritable acte médical pour le même montant ?

M. Alain GOURNAC - Monsieur le président je vous remercie. Je n'ai pas beaucoup entendu le mot « responsabilité » dans ce débat. Or le patient, le prescripteur et la caisse d'assurance maladie devront être beaucoup plus responsables dans le cadre de cette réforme. Quels éléments vont changer dans la gestion de la caisse ? En tant que vice-président du conseil général chargé des affaires sanitaires et sociales, je connais les abus : arrêts de travail non contrôlés, consommations abusives, spécialiste qui reçoit toutes les trois minutes, Carte Vitale utilisée par plusieurs personnes, etc.

Si l'on veut faire évoluer le système, chaque acteur doit nécessairement prendre ses responsabilités, et notamment la caisse d'assurance maladie.

Mme Valérie LETARD - Je partage complètement votre position sur l'idée que la contribution doit être universelle et sur le fait qu'à ressources égales, on doit contribuer de la même manière. En revanche, concernant l'acquittement d'une franchise d'un euro par consultation, j'aimerais avoir votre éclairage. Comment imaginez-vous cette participation ? Considérez-vous qu'elle sera simple à mettre en œuvre ?

Par ailleurs, concernant le dossier médical informatisé, même si je relève des avantages certains au partage d'un même dossier reprenant le parcours de soins du patient, je m'interroge sur la légitimité du passage systématique devant le médecin généraliste avant la consultation de tout spécialiste. Le passage obligé devant le médecin traitant avant d'aller consulter par exemple l'ophtalmologue va-t-il contribuer à l'amélioration du parcours de soins ? Cette mesure sera-t-elle véritablement source d'économie et de rationalisation du parcours de l'assuré ?

M. Jean-Claude ETIENNE - Le dossier médical personnalisé est le pilier de la réforme. Mais sa mise en œuvre pose problème. Je m'interroge notamment sur un point, sur lequel vous pourriez peut-être m'éclairer : pensez-vous qu'il faille obligatoirement passer par l'utilisation du numéro INSEE ?

M. Jean-Marie SPAETH - Pour ma part, je ne vois pas d'inconvénient à l'utilisation du numéro INSEE. Je considère même qu'il est indispensable.

Sur la question des cotisations à verser, on doit retenir une règle simple : l'impôt est payé dans le pays où l'on réside, les cotisations dans le pays où l'on travaille. La CSG, contrairement à ce que l'on entend souvent, n'est pas un impôt mais une cotisation pour la Cour de justice des communautés européennes.

Concernant le mode de gestion de l'assurance maladie, je suis pour ma part favorable à la logique comptable qui est mise en œuvre avec le vote de l'ONDAM. En réalité, le seul problème que pose l'ONDAM est la détermination des prestations qui y correspondent.

Par ailleurs, j'aimerais rappeler que la situation de déficit de l'assurance maladie n'est pas seulement liée à ses dépenses, mais également à ses recettes. Entre 1998 et 2000, notre déficit était encore faible. Depuis, son creusement est essentiellement lié à la modification des recettes.

On peut d'ailleurs noter que les gouvernements successifs ont eu recours plusieurs fois à la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale). Ceci étant dit, le recours à la CADES me pose problème ; j'estime en effet que le transfert sur les générations futures de dépenses actuelles est irresponsable. Si l'emprunt est légitime dans la mesure où il permet de financer un investissement potentiellement rentable pour nos enfants (par exemple dans la formation d'un médecin, d'une infirmière, etc.), le report sur les générations futures de dépenses effectives est inacceptable.

Concernant le paiement d'une franchise d'un euro sur la consultation, je tiens à affirmer fermement qu'il ne participe en aucun cas à la responsabilisation de l'assuré.

Reportez-vous à titre de comparaison au système du ticket modérateur. Celui-ci existe depuis des décennies. Or pendant la période de crise économique, la CMU a été créée. Elle est l'expression la plus directe de l'échec de cette vision de responsabilisation individuelle du patient par rapport à un professionnel.

Mesdames et messieurs les sénateurs, je vous invite à lire une étude de l'OCDE, parue il y a quelques jours. Celle-ci révèle que dans aucun pays le ticket modérateur n'a modifié le comportement ni des patients, ni des professionnels de santé. En réalité, lorsque nous souffrons ou lorsque quelqu'un de notre entourage est malade, la rationalité économique n'intervient plus. Pour preuve, un médecin ne soigne jamais sa famille. Pour ma part, je suis en faveur d'une responsabilisation du patient, mais sur des bases médicales. La responsabilité ne sera effective que lorsqu'on aura défini clairement des règles du jeu, opposables au professionnel et au patient.

Il faut aussi bien comprendre ce que représente un euro pour certaines personnes. Peut-être est-ce pour vous un montant très modeste. Mais l'acquittement d'une franchise d'un euro représente un déremboursement de 7 % pour l'assurance maladie (le déremboursement doit en effet être calculé sur 14 et non sur 20).

Par ailleurs, j'aimerais rappeler que 65 % de nos règlements se réalisent en tiers payant. Quels types de soins ces remboursements couvrent-ils ? Ils couvrent les prestations des radiologues, des cardiologues, des chirurgiens, les actes répétitifs d'une infirmière ou d'un kinésithérapeute, etc., qui sont trop coûteux pour être payés directement par les assurés.

Si l'on décide de mettre en place la franchise d'un euro, il faut être conscient que cela annihilera le tiers-payant. Il faudra ensuite en assumer les conséquences. Depuis des années, les médecins se sont accordés sur la nécessité d'établir une classification des actes cliniques, permettant de distinguer plus clairement les cas où il y a renouvellement d'ordonnance des autres. Les mentalités évoluent donc dans certains domaines.

Pour conclure, j'aimerais dire que je ne connais pas pour le moment les propositions du ministre de la santé. Dès qu'elles me seront transmises, je vous donnerai mon appréciation.

M. Nicolas ABOUT, président - Je crois, en effet, qu'il ne faut pas confondre une émission de télévision avec un texte de loi.

Je vous remercie pour votre intervention, monsieur le président Spaeth.

Audition de M. Jacques REIGNAULT,
président du Centre national des professions de santé
(mercredi 19 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, je vous prie d'excuser la commission pour le retard de votre audition. Il serait idéal que vous présentiez tout d'abord en quelques mots le CNPS, avant que le rapporteur et les commissaires ne vous interrogent plus précisément sur les grands axes de cette réforme.

M. Jacques REIGNAULT - Merci, monsieur le président. mesdames et messieurs les sénateurs, je vous remercie de m'accueillir en tant que représentant des professionnels de santé.

Je souhaite tout d'abord présenter le Centre national des professions de santé. Le CNPS réunit vingt-cinq syndicats nationaux, représentant pratiquement l'ensemble des professionnels de santé. Il est composé des syndicats médicaux, paramédicaux et des membres associés. Parmi ces membres associés, on compte l'ancien SNIP (syndicat national de l'industrie pharmaceutique) devenu le LEEM (les entreprises du médicament) aujourd'hui, puis les transporteurs sanitaires (qui ne sont pas des professionnels de la santé selon le code de la santé publique).

Le CNPS s'est fait connaître au cours des dernières décennies à l'occasion d'actions plutôt revendicatives, souvent lors de manifestations. C'est un regroupement de professionnels plutôt connu pour ses mouvements d'opposition. Depuis quelque temps, le CNPS souhaite désormais être une force de proposition. Il a publié plusieurs documents lors de ses assises en 2001, 2002, et plus récemment a élaboré des propositions à la demande du ministre concernant la réforme de l'assurance maladie. Le CNPS procède aussi à la désignation de cinq membres au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dont je fais partie avec M. Vasselle ici présent.

Avant d'élaborer des propositions de réforme, il convient de faire plusieurs constats. Tout d'abord, il n'y a pas eu jusqu'ici de réelle définition d'une politique de santé, et notamment d'une politique de prévention, sur le moyen et le long terme.

Par ailleurs, le pilotage du système n'est pas satisfaisant ; il mêle décisions politiques et décisions financières de manière ambiguë. Les blocages sont encore trop nombreux, qu'ils émanent de l'État, des caisses ou des professionnels de santé.

De plus, on constate un cloisonnement marqué entre les différents secteurs de santé : hospitalisation publique, privée, pharmacie, professionnels de santé. Ce cloisonnement est source d'opacité et de coûts inutiles, qui nuisent à l'optimisation de ce qu'on désigne aujourd'hui sous le terme de « parcours du malade ».

Le Haut conseil a également constaté que le déficit de l'assurance maladie est structurel. Il est alimenté par plusieurs facteurs : demande importante, vieillissement de la population, plateaux techniques, etc. En tout état de cause, il faut souligner que l'état sanitaire des Français est bon mais que les dépenses de santé croîtront probablement à un rythme supérieur de deux points à celui du PIB.

Par ailleurs, les contrats des différents blocs du secteur de la santé sont très diversifiés. L'hospitalisation publique est gérée par l'État. Dans la comptabilité de la CNAM, environ 50 milliards d'euros sont affectés à ce secteur. Les établissements privés, tout comme les entreprises du médicament, sont gérés par des contrats avec l'État. Enfin, les différentes professions de santé et le médecin de ville sont liés par des conventions spécifiques d'assurance maladie. On peut noter à ce sujet que la médecine de ville représente 20 % de l'ensemble de ces trois blocs.

Enfin, concernant l'objectif de croissance des dépenses d'assurance maladie, on peut dire que celui-ci n'est pas basé sur des demandes de soins, telles que le voudrait l'architecture mise en place depuis les ordonnances de 1996.

Nous avons adopté un certain nombre de positions sur cette réforme. A l'instar du président Spaeth, je ne ferai pas de commentaires sur les propos du ministre ; il est en effet toujours préférable de ne pas faire de procès d'intention, s'agissant d'informations non stabilisées.

Les professionnels de santé (médecin de ville, traitant, généraliste, spécialiste, etc.) constituent sans doute le « pivot » de la médecine. Ils devront être associés au projet de dossier médical partagé, auquel s'intéresse le CNPS de manière très approfondie. A titre d'exemple, quand un chirurgien dentiste souhaite faire une extraction à son patient, il n'est pas en mesure, le plus souvent, de savoir si celui-ci est sous anticoagulant ou s'il présente une pathologie particulière. Si l'on veut décloisonner les différents secteurs de santé, éviter les redondances et les dangers médicaux, le dossier médical doit absolument être partagé.

Au CNPS, et grâce aux fonds d'aide à la qualité des soins de ville, nous sommes en train de mettre en place le projet SOSI, qui vise à la création d'un socle informatique commun, permettant la communication entre les différents logiciels des différents acteurs.

Par ailleurs, on évoque aujourd'hui la possibilité de créer une Haute autorité, lieu d'expertise comparable au Haut conseil. La présence des professionnels de santé au sein de cette instance me paraîtrait légitime.

J'aimerais d'ailleurs relever un autre problème du système actuel, concernant le vote de l'objectif de croissance des dépenses de santé : une fois que vous avez voté cet objectif, les syndicats de chaque catégorie de professionnels de santé (par exemple les médecins, les kinésithérapeutes, les chirurgiens dentistes, etc.) entrent en négociation, sans engager de concertation avec les autres syndicats. Peut-on dans ces conditions parler d'une politique de négociation coordonnée ? Cette logique perdure non seulement entre les trois grands blocs (hospitalisation publique, privée et médecine de ville), mais également au sein de la médecine de ville entre les différentes professions de santé.

Nous souhaitons que ces négociations « trivialement » tarifaires puissent être mieux éclairées et coordonnées.

J'aimerais développer un exemple pour illustrer mon propos : un « plan cancer » va bientôt être mis en place, sur lequel vous serez largement éclairés. Le coût de chaque disposition du plan sera évalué. Mais une fois ce plan voté, il conviendra de le mettre en application en aval, au niveau des caisses et des professionnels de santé.

Avec les caisses, nous serons amenés à définir les déclinaisons concrètes, les moyens d'application de ces grandes priorités sur le terrain. Quels professionnels de santé participent à la politique de prévention du cancer ? Doit-on mettre en place un dépistage des cancers buccaux, etc. ?

Par ailleurs, nous devons nécessairement déterminer ce qui doit être pris en charge, et donc établir une distinction entre ce qui est utile et ce qui ne l'est pas. La tâche la plus difficile résidera dans la définition des soins d'utilité collective. Par exemple, comment justifier de prendre en charge la prévention dans les soins dentaires, et non les prothèses ?

Il est évident que les grandes maladies mortelles seront prises en charge. Nous devons permettre à tous d'accéder à tous les soins, même les plus coûteux. Pour les morbidités, il devra en être autrement.

Je ne comprends pas que l'expérimentation que les chirurgiens dentistes ont menée avec la CANAM ne soit pas généralisée à toutes les professions de santé. Elle n'est même pas évoquée dans le rapport du Haut conseil.

Dans le cadre de notre expérimentation – qui vient d'être évaluée – un malade qui s'engage, moralement ou par contrat, à suivre un examen de prévention annuel, et qui a besoin malgré tout d'une couronne dentaire par exemple, verra son remboursement revalorisé.

Au bout de cinq ans d'expérimentation, l'évaluation qui a été menée révèle l'importance du retour sur investissement d'une telle mesure : on relève beaucoup moins de traitements prothétiques, ce qui autofinance l'augmentation des frais de prévention, et insiste sur la nécessité d'une mise en œuvre d'un bon ciblage, fonction de la tranche d'âge, de la catégorie professionnelle, etc. Prenons l'exemple de la catégorie professionnelle des boulangers pâtisseries : ceux-ci respirent de la farine à forte dose, et sont donc exposés à un risque carieux plus important que les autres. En menant une politique de prévention adéquate, on parvient à une optimisation certaine du système.

Pour résumer, il manque donc un stade intermédiaire entre ce que vous avez décidé au niveau du Parlement, et ce que nous devons négocier avec les caisses. Ce que le CNPS a appelé le « Conseil des politiques conventionnelles » servira à décliner sur le terrain les grandes priorités votées en amont. Nous souhaitons que les financeurs, mais aussi les professionnels de santé soient représentés dans ce Conseil. En effet, si nous reconnaissons que nous n'avons pas vocation à participer aux conseils d'administration des caisses – car nous ne pouvons être à la fois ordonnateurs de dépenses et participants à un conseil de gestion –, nous pensons que nous avons un droit et un devoir de participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques conventionnelles de santé publique.

M. Nicolas ABOUT, président - Nous allons passer aux questions. Elles émanent de quatre intervenants : Alain Vasselle, notre rapporteur, Puis MM. Muzeau, Chabroux et Gournac.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur le président, j'aimerais recueillir votre point de vue sur la question de la représentation des professionnels de santé dans le nouveau système. La nouvelle architecture qui sera vraisemblablement mise sur pied dans la perspective de la gouvernance prévoit un regroupement des professionnels de santé. Considérez-vous que votre centre national des professionnels de santé a vocation à être représentant de l'ensemble des professionnels de santé dans ce groupement, et pourrait devenir l'interlocuteur unique de l'État, des caisses, et de l'ensemble des partenaires appelés à gérer l'assurance maladie ?

J'aimerais également vous entendre développer votre conception de la responsabilisation des assurés ; peut-elle être conjointe, partagée avec les soignants ?

Enfin, ma dernière question porte sur le financement. Le ministre estime qu'il est possible de dégager environ quinze milliards d'euros, en jouant à la fois sur les dépenses et les recettes. Quelle crédibilité accordez-vous à cette annonce ?

M. Roland MUZEAU - Monsieur le président, vous avez évoqué à votre tour l'importance du déficit de l'assurance maladie. Je crois pour ma part que la manipulation de l'opinion publique est en marche sur la mesure de ce déficit. Il convient de rappeler que ce déficit dit « abyssal » ne représente que 0,02 % du budget.

Par ailleurs, vous avez commencé par dire que vous ne commenterez pas les propos du ministre. Je trouve cela assez surprenant dans le cadre d'une audition censée avant tout recueillir votre point de vue. J'attends du professionnel que vous êtes un minimum de réactions sur les annonces faites par M. Douste-Blazy lors de l'émission « cent minutes pour convaincre ».

On évoque sans cesse la responsabilisation des assurés sociaux. Ne croyez-vous pas que la responsabilisation doit aussi être mise en œuvre du côté des professionnels de santé dont vous êtes le représentant ?

M. Gilbert CHABROUX - J'aimerais aussi parler de responsabilisation. J'ai entendu, au début de l'émission « cent minutes pour convaincre », M. le ministre de la santé dire qu'il fallait responsabiliser tous les acteurs. Or il n'a plus été fait allusion par la suite à la contribution des entreprises et à la responsabilisation des professionnels de santé.

Lorsqu'on met en place une franchise d'un euro à la consultation, vise-t-on la responsabilisation du patient ou celle du médecin ? J'imagine, bien évidemment, que c'est le patient qui devra payer cette somme. Mais quel sera l'effort que devra fournir le médecin en contrepartie ?

J'ai d'ailleurs noté que tous les syndicats de médecins ont réagi positivement, en disant qu'ils étaient « à l'écart » de l'effort demandé à l'ensemble de la société. Cette réforme ne s'est pas faite contre nous, mais plutôt avec nous.

Comment régler le problème de l'installation des médecins dans les zones sous-médicalisées ? Le ministre n'a pratiquement rien dit à ce sujet. N'y a-t-il pas un réel problème de responsabilisation des professionnels de santé ?

Par ailleurs, je m'interroge sur la réalité de la mise en œuvre de la responsabilisation, lorsqu'on s'apprête, de fait, à étendre le secteur à honoraires libres aux spécialistes. Dans le système actuel, on constate déjà que ceux-ci pratiquent des dépassements inconsidérés d'honoraires ; désormais, ces dépassements s'inscriront dans un cadre légal ; considérez-vous que le principe de responsabilisation doive également être appliqué aux professionnels de santé ?

M. Alain GOURNAC - Monsieur le président, je vous ai écouté avec attention. Vous avez indiqué que le centre national des professions de santé regroupait vingt-cinq syndicats nationaux, ce qui renforce votre légitimité.

Je crois que nous sommes confrontés au défi de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système. De mon point de vue, la responsabilisation doit s'appliquer au patient, mais aussi au médecin. J'aimerais donc savoir exactement ce que va apporter la réforme au niveau de la responsabilisation des professionnels de santé. Dans mon département, je constate qu'un certain nombre de médecins adoptent de très mauvaises pratiques (par exemple dans l'autorisation systématisée des arrêts de travail).

N'est-il pas dans votre rôle, en tant que syndicat, de faire passer des messages de bonne conduite aux professionnels de santé ?

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, vous disposez de quelques minutes pour répondre aux intervenants.

M. Jacques REIGNAULT – M. Vasselle, votre rapporteur, m'a posé plusieurs questions. La première porte sur la vocation du CNPS à représenter les professionnels de santé.

J'aimerais avant tout faire plusieurs constats. Au niveau régional, les URML (unions régionales des médecins libéraux) permettent de recueillir des données et de mener des évaluations régionales avec l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé).

Il devient désormais impératif de mettre en place des unions régionales des professions de santé. Depuis trois ans, au moment du vote des divers PLFSS (projets de loi de financement de la sécurité sociale) et de la loi de santé publique en particulier, je prône la mise en œuvre de ces unions. En effet, afin de décloisonner le système et d'optimiser leur connaissance du parcours des malades, l'ensemble des professionnels de santé doivent pouvoir avoir accès aux données et à l'évaluation. Vous devez donc nous aider à mettre en place ces unions.

Régionalement, il est aussi indispensable que les syndicats des professions de santé se fédèrent pour constituer un interlocuteur unique, face aux ARS (agences régionales de santé). Actuellement, les agences régionales s'adressent à l'Ordre régional, alors que telle n'est pas sa vocation.

A l'échelon national, on constate un effort de regroupement. Bientôt, une union des caisses nationales et une union des financeurs complémentaires seront constituées. On pourrait également envisager la création d'une organisation légitime représentant les professionnels de santé. J'organise en tout cas un séminaire le 17 juin prochain sur ce sujet. Il visera à répondre à une question : comment donner une légitimité au CNPS et aux professionnels de santé dans le cadre de la future « fédération » ?

Dans tous les cas, pour nous, professionnels de santé, faire le pari de la responsabilité, c'est déjà entrer dans la gestion, même si nous n'avons pas vocation à assurer la gestion financière stricto sensu au sein de la caisse d'assurance maladie.

Concernant la responsabilisation des professionnels de santé, j'aimerais tout d'abord rappeler que de nombreux textes ont été votés au Parlement sous les différentes législatures, dans lesquels seuls les professionnels de santé étaient considérés comme suspects en tant qu'ordonnateurs de dépenses. Je ne nie pas que les professionnels de santé aient une responsabilité dans la bonne utilisation de chaque euro dépensé.

De nombreux progrès ont été réalisés dans le cadre de l'objectif de responsabilisation des professionnels de santé. La formation continue est obligatoire pour tous les professionnels, ce qui aurait été proprement impensable il y a cinq ans. L'évaluation des pratiques est systématisée. L'évaluation des enseignements est également progressivement introduite ; certaines pratiques « déviantes » de la part des professionnels de santé sont en effet liées à l'enseignement initial, voire à la formation continue. Certains de mes collègues médecins se disent désorientés dans certaines situations où les patients les soumettent à une pression. Ils souhaiteraient disposer de référentiels médicaux clairs, afin de distinguer les cas où ils se doivent impérativement de refuser un acte injustifié. Ces référentiels ne doivent pas pouvoir être contestés, par exemple à la télévision sur les émissions grand public.

Actuellement, les évaluations sont menées par les URML et l'ANAES pour les médecins. Pour les autres professions, le décret de 1999 ne peut être appliqué car il n'existe pas d'URPS (union régionale des professions de santé) habilitée à recueillir des données, je le rappelle.

Nous n'avons pas encore débattu, au sein du CNPS, de l'acquittement de la franchise d'un euro sur les consultations. Nous aurons l'occasion de le faire lors du conseil d'administration, la semaine prochaine. Je n'ai pas de commentaire particulier à formuler sur cette question, si ce n'est que je considère que c'est une mesure comme une autre, visant à augmenter la masse de recettes. A titre de comparaison, les Allemands viennent subitement de découvrir le ticket modérateur. Dans tous les cas, le paiement d'un euro supplémentaire ne me paraît pas être un moyen suffisant de responsabilisation pour les patients qui ne sont pas dans le besoin. On pourrait même se demander si l'assurance complémentaire ne va pas le prendre en charge... Dans ce cas, il ne sera pas évident que vous puissiez vous opposer légalement ou réglementairement à cette prise en charge complémentaire.

En revanche, il me semble que l'on peut responsabiliser le patient par d'autres moyens, notamment par l'éducation à l'hygiène, à la prévention. William Dab, à la Direction générale de la santé, fait de nombreux efforts pour améliorer la situation. Au CNPS, nous sommes prêts à participer à ces efforts sur le terrain.

Du côté des professionnels de santé, la responsabilisation commande de mettre en œuvre différentes actions : formation continue obligatoire, évaluation au niveau régional, création de référentiels professionnels (médicaux, paramédicaux), etc. Par ailleurs, s'il convient d'imaginer un système de sanction des professionnels en cas d'abus, la majorité des professionnels de santé refusent toutefois que ces éventuelles sanctions soient infligées par les caisses. Pour ma part, je considère que les instances professionnelles doivent assumer cette tâche. De la même manière, je pense que nous avons vocation à prendre en charge la formation continue, même si l'assurance maladie peut formuler des avis sur les priorités de cette formation, cela ne relève pas de ses missions.

La responsabilisation des professionnels de santé va s'avérer très coûteuse, au moment même où se met en place une économie beaucoup plus administrée du fait de la classification commune des actes médicaux (tous les actes vont être tarifés, sans possibilité de dépassement). Par ailleurs, on peut noter que cette responsabilisation est sans doute plus aisée à mettre en œuvre dans un établissement hospitalier, où les cercles de qualité peuvent se former facilement. A l'inverse, elle est moins évidente pour les professionnels libéraux isolés qui ont moins d'occasion de se regrouper.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur le président, je vous remercie. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous faire parvenir des éléments de réponse complémentaires aux questions qui vous ont été posées.

**Audition de MM. Gérard de LA MARTINIÈRE et André RENAUDIN,
président et délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurance
(FFSA)
(mercredi 19 mai 2004)**

M. Nicolas ABOUT, président - Mes chers collègues, nous allons maintenant accueillir Gérard de La Martinière, président, et André Renaudin, délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurance.

Monsieur le président, monsieur le délégué général, je vous remercie de nous consacrer ces trois quarts d'heure pour aborder votre vision de la réforme de l'assurance maladie. Comme vous l'avez souhaité, nous allons passer directement aux questions du rapporteur, Alain Vasselle, puis à celles des commissaires.

Monsieur le rapporteur, vous avez la parole.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur le président, je vous remercie. Il est prévu, dans le cadre de la nouvelle organisation de la gouvernance de l'assurance maladie, de créer trois entités : une union nationale des caisses d'assurance maladie, une union des complémentaires, et un regroupement des professionnels de santé. Il serait intéressant de connaître votre point de vue sur la création de cette union des complémentaires : les assureurs complémentaires souhaitent-ils être associés à la gouvernance du système d'assurance maladie ? Comment son fonctionnement peut-il être organisé ? Enfin, quelles réflexions vous inspirent la création de la Haute autorité de santé publique, chargée d'établir les référentiels médicaux, et de celle d'un institut national des données de santé ? Quelle doit être, selon vous, la place de l'État, dans le cadre de cette nouvelle architecture ?

La responsabilisation des assurés est un thème souvent évoqué, notamment au sein du Haut conseil, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Quelle forme peut prendre cette responsabilisation ? Peut-on envisager une politique de responsabilisation qui engloberait les assurés et les soignants ? Quelle est la position des assureurs complémentaires concernant le projet d'acquittement d'une franchise d'un euro ? Cette initiative ne risque-t-elle pas de se heurter à des difficultés constitutionnelles, au regard de la liberté du commerce ?

Enfin, j'aimerais connaître votre point de vue sur le financement. Ses grandes lignes ont été déclinées par le ministre dans le cadre de l'émission télévisée « cent minutes pour convaincre », puis ont été reprises par la presse. Quelle crédibilité y accordez-vous ? Pensez-vous qu'elles reposent sur des prévisions optimistes, ou à l'inverse pessimistes ? Le financement proposé permettra-t-il de maîtriser cette progression des dépenses de santé, supérieure de deux points à celle du PIB ? Pouvons-nous espérer atteindre l'équilibre, à moyen et long terme, compte tenu de la nouvelle gestion prévue des dépenses et des recettes, de la meilleure organisation du système de soins, et de la responsabilisation de tous les acteurs (professionnels de santé, gestionnaires de l'assurance maladie, assureurs complémentaires, assurés) ?

M. Gérard de LA MARTINIÈRE - Monsieur le président, mesdames et messieurs, nous sommes, avec André Renaudin, très honorés d'avoir été invités ici aujourd'hui pour vous présenter quelques réflexions des assureurs complémentaires sur le développement de la couverture du risque santé. L'intervention des assureurs complémentaires, quelle que soit leur forme – capitaliste ou mutualiste –, dans la couverture du risque de santé, est une donnée du marché français, mais aussi des marchés européens, sur lesquels on observe des coefficients d'intervention parfois beaucoup plus importants qu'en France.

Je voudrais, avec André Renaudin, qui a participé personnellement aux travaux du Haut conseil, reprendre la dernière observation qu'a formulée Alain Vasselle, rapporteur, concernant l'équation économique du système de l'assurance maladie.

On ne peut en effet que constater qu'il y a un écart entre le taux de croissance spontané des dépenses de santé, et celui de la richesse nationale. C'est une donnée incontournable, qui doit nous amener à formuler une conclusion : il n'est sans doute plus à la portée du régime d'assurance maladie obligatoire alimenté par des prélèvements publics, de couvrir l'intégralité des besoins en soins de la population française. Il le sera d'autant moins avec le temps, puisque deux facteurs contribuent à la croissance de la demande de soins sur le moyen et le long terme. Premièrement, le vieillissement de la population se traduit par une accélération des besoins de soins ; deuxièmement, l'évolution des comportements de consommation et des techniques médicales modifie la nature de la consommation médicale, la faisant glisser du champ de la stricte nécessité thérapeutique à celui de la recherche de bien-être et de confort.

Dans tous les cas, le constat de l'important déficit de ce régime doit nous conduire à modifier notre vision de la vocation de l'assurance maladie : l'assurance maladie obligatoire, financée par les prélèvements obligatoires, s'appliquant de manière uniforme à tous les Français, doit être orientée en fonction de priorités claires de santé publique, et non en fonction d'une consommation spontanée de soins.

La redéfinition de la vocation de l'assurance maladie représente un enjeu capital pour notre profession d'assureurs. En effet, à partir de la détermination d'un champ prioritaire d'utilisation des ressources issues des prélèvements obligatoires à certains soins correspondant aux priorités de la politique de santé publique, on peut dégager le champ de la prise en charge complémentaire.

Dans le cadre du nouveau système, la prise en charge complémentaire se fera dans une optique complètement différente : les assurances complémentaires offriront avant tout aux Français des prestations de services concurrentiels dans le cadre d'une offre de marché, d'une consommation, et d'un financement libres.

Dans tous les cas, nous nous exprimerons positivement – ou négativement – sur le contenu final de la réforme qui sera proposée à la représentation nationale par le Gouvernement, en fonction du caractère plus ou moins marqué de la modification engagée dans la structure-même du système de l'assurance maladie. Une rupture qualitative dans l'organisation du système nous paraît plus nécessaire et porteuse d'avenir qu'un énième plan de colmatage d'un déficit qui présente un caractère structurel, comme l'a souligné le Haut conseil.

Après ces quelques éléments d'introduction, je voudrais répondre plus précisément à la question du rapporteur, concernant l'union des complémentaires : la création de cette union correspond effectivement au souhait des assureurs, qui veulent non pas être associés à la gouvernance de l'assurance maladie obligatoire (car celle-ci a besoin d'une gouvernance propre, responsable de la bonne utilisation des deniers publics), mais à la définition intelligente et rationnelle d'une couverture de soins pour l'ensemble de nos concitoyens. Pour ce faire, il est nécessaire d'organiser un dialogue régulier entre les responsables de l'assurance maladie obligatoire et les opérateurs de l'assurance maladie complémentaire. Jusqu'à maintenant, les assureurs complémentaires sont mis devant le fait accompli. Ils doivent prendre acte des décisions prises dans le cadre du régime obligatoire, sachant que ces celles-ci ont des conséquences sur le libellé des contrats établis avec les clients.

En tant qu'assureurs complémentaires, nous ne sommes pratiquement jamais associés à des discussions préalables, et pas toujours informés par des préavis (le cas récent du forfait hospitalier en est un bon exemple). Pourtant, parce que nous sommes confrontés à la gestion des conséquences des décisions prises par l'assurance maladie obligatoire, nous devons être en mesure d'anticiper ces décisions, d'en discuter le contenu et les modalités d'application. Par ailleurs, la mise en place d'un dialogue intelligent entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire devrait permettre à terme d'identifier les domaines dans lesquels une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire est préférable, ceux où une prise en charge partagée est souhaitable, ceux enfin où l'intervention du régime obligatoire n'a plus aucune légitimité autre que bureaucratique.

Je vais maintenant demander à André Renaudin de vous présenter nos réflexions sur les autres questions qui ont été posées.

M. Nicolas ABOUT, président - Je vous remercie monsieur le président. Monsieur Renaudin, je vous donne la parole pour compléter l'intervention de M. de La Martinière.

M. André RENAUDIN - Je vous remercie monsieur le président. Je vais commencer par répondre à la question du rapporteur concernant la prise en charge éventuelle par les complémentaires de la franchise d'un euro sur les consultations.

Précisément, cette question a vocation à être réglée dans le cadre de la conférence précédemment décrite par M. de La Martinière, devant regrouper les représentants de l'assurance maladie obligatoire et ceux de l'assurance maladie complémentaire.

Lorsqu'on examine les priorités de santé publique, les prises en charge sont effectuées d'une part par l'assurance maladie obligatoire et d'autre part en partie par l'assurance maladie complémentaire. On retrouve ces chiffres dans les conclusions du rapport du Haut conseil : sur l'ensemble des dépenses de santé, l'assurance maladie obligatoire rembourse 76,7 % ; mais sur l'ensemble des dépenses de santé reconnues par l'assurance maladie obligatoire, c'est-à-dire implicitement celles correspondant aux priorités de santé publique, le taux de prise en charge passe à 81 %. Les 9 % restants sont pris en charge par les complémentaires, qui assurent le remboursement du ticket modérateur, qui par exemple représente 35 % ou 65 % du prix du médicament.

Une fois que l'État a défini les priorités de santé publique et alloué des ressources, il est nécessaire que soit mise en œuvre une coordination très forte entre régimes obligatoires et assurance complémentaire, pour déterminer quel doit être le partage de la prise en charge. Dans un grand nombre de cas, la prise en charge sera assurée à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, mais cela n'est pas systématique.

On pourrait même imaginer que, dans certains cas, la dépense soit prise en charge complètement par l'assurance maladie complémentaire.

Le débat sur la franchise d'un euro entre donc complètement dans le champ des missions de cette conférence regroupant les représentants de l'assurance maladie obligatoire et ceux de la complémentaire. Si tous les acteurs sont prévenus à l'avance à l'occasion de larges débats, il ne sera pas nécessaire d'opposer le risque d'inconstitutionnalité d'une telle mesure, puisque les parties pourront parvenir à un accord négocié.

Si l'acquiescement de la franchise d'un euro devait être décidé dans le cadre d'une décision publique, il faudrait que le libellé de la mesure soit clair et précis pour que cet acquiescement soit adéquatement mis en œuvre. Comme le disait justement le président de La Martinière, nous sommes liées par nos contrats. Dans le contrat de protection complémentaire de la CMU, nous nous engageons à prendre en charge la différence entre le prix payé au praticien et les sommes remboursées par la sécurité sociale. Quand la sécurité sociale fait passer sa prise en charge de 65 % à 35 % pour certains médicaments, le libellé des contrats nous impose, ipso facto, de prendre en charge la différence. Certes, il nous est toujours possible de proposer à nos assurés de modifier les contrats, par avenant ; mais nous ne pouvons le faire unilatéralement depuis la loi Evin du 31 décembre 1989.

Plusieurs acteurs doivent travailler conjointement à la définition du périmètre des dépenses devant être prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et de celles devant l'être par l'assurance maladie complémentaire : tout d'abord leurs représentants respectifs, ensuite la Haute autorité de santé. Cette autorité, qui a pour rôle premier d'éclairer le Gouvernement et le Parlement dans la fixation des priorités de santé publique, doit jouer un rôle d'aiguillon dans la classification des prises en charge. Car au-delà des prestations de santé publique, que j'évoquais précédemment et qui peuvent être partagées entre base et complémentaire, de nombreuses prestations sont prises en charge par les individus, soit du fait d'une décision strictement individuelle (c'est le cas de beaucoup d'assurés sociaux du régime de la CNAM des professions indépendantes), soit du fait de l'application d'une couverture collective, dans l'entreprise par exemple. Et même dans ce dernier cas, on peut aussi imaginer qu'un salarié couvert par son entreprise veuille par ailleurs être couvert par une complémentaire, pour la prise en charge de certaines dépenses de santé particulières.

Dans le cadre de cette nouvelle architecture, le rapporteur a également évoqué l'institut national des données de santé. Je considère que la création de cet institut est pleinement légitime : la Haute autorité a besoin de disposer d'indicateurs nationaux et de sous-indicateurs régionaux pour déterminer la politique de santé optimale. Par ailleurs, l'assurance maladie obligatoire, tout comme l'assurance maladie complémentaire auront tout intérêt à utiliser les données de cet institut.

En réalité, selon mon point de vue, il n'y a pas de différence fondamentale entre le métier d'assureur obligatoire et le métier d'assureur complémentaire : dans les deux cas, il s'agit de prendre en charge un individu. Pour le faire efficacement, il faut connaître les prestations effectuées, afin de pouvoir adapter les couvertures, les contrats, aux réels besoins des assurés.

Une question se pose alors légitimement : si les assurances complémentaires disposaient à l'avenir de ces données de santé (pour l'instant elles ne disposent que de données agrégées), pourraient-elles mettre en place une sélection à l'entrée ? La réponse est négative, car l'objet de l'assureur complémentaire est de liquider des prestations, au travers du remboursement des consultations, des médicaments, etc. Dans la plupart des

contrats, la souscription se fait sans sélection médicale préalable (notamment dans les contrats d'entreprise faisant bénéficier l'assuré de la couverture collective).

M. Alain VASSELLE, rapporteur - La sélection à l'entrée a pourtant lieu dans certains contrats signés avec les banques.

M. André RENAUDIN - Le rapporteur évoque l'assurance décès, contractée pour la couverture de prêts. Si je souhaite emprunter une somme importante, un million d'euros par exemple, je dois en effet remplir un questionnaire de santé en fonction des capitaux empruntés ; de même si je veux contracter une assurance invalidité. Il n'y a en revanche pas de sélection à l'entrée dans le cadre de l'assurance maladie.

M. Nicolas ABOUT, président - Avec votre permission, je donne la parole au président Fischer, puis à M. Gournac, qui souhaitent vous interroger.

M. Guy FISCHER - Je crois que nous sommes au cœur du débat avec cette audition. Dès le début de son intervention, le président de La Martinière a rappelé que la place des assurances complémentaires dans le système français de financement des dépenses de santé était relativement plus faible que dans les autres pays de l'Union européenne. Il y a donc peut-être un marché à conquérir. Je me permets en tout cas de traduire ainsi la pensée du président.

M. de La Martinière est allé plus loin : partant de la distinction entre soins légitimes (répondant à une pathologie) et soins illégitimes, il a sous-entendu qu'une partie du déficit de la sécurité sociale pouvait trouver son origine dans la prise en charge de dépenses de bien-être et de confort. On est ainsi au cœur du débat : panier de soins, rapport Chadelat, place dans la gouvernance de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires, etc.

J'aimerais donc poser une question au Président. Il y a un mécontentement général du fait que la plupart des mesures sont annoncées par des émissions télévisées ou par la presse ; on l'a vu pour le forfait hospitalier, dont on a annoncé l'augmentation de trois euros d'ici 2007 alors qu'il vient d'être augmenté en 2003 de 22 %. Ne souhaitez-vous pas que le législateur, la Haute autorité, définisse clairement, quels seront les périmètres de soins remboursables ? A partir de là, la question se posera de savoir si l'on vous confiera le remboursement de tous les appareillages, etc.

M. Nicolas ABOUT, président - La parole est à Alain Gournac.

M. Alain GOURNAC - Monsieur le président je vous remercie. Pour ma part, je pense que toute cette réforme pose la question de la responsabilité de chacun : patient, prescripteur, laboratoires, etc. Mais la responsabilisation doit aussi être un enjeu pour les sociétés d'assurances ; car si l'assurance maladie s'écroulait, cela aurait de terribles conséquences sur l'organisation même de notre société.

M. Jean CHERIOUX - Merci, monsieur le président. J'aimerais revenir sur cette dernière idée. A l'époque où a été créée la sécurité sociale, par des personnes plutôt orientées à gauche politiquement d'ailleurs, on a mis en place le ticket modérateur d'ordre public, car cela relevait du bon sens. Ce ticket a été supprimé pendant les années Pompidou. Or, il était le seul moyen de faire comprendre aux assurés que la santé avait un coût.

Aujourd'hui, la prise en charge peut être assurée directement par la carte Vitale, sans que doive être déboursé de l'argent par l'assuré. Cela a un très mauvais effet psychologique, qu'on le veuille ou non.

Je ne mets pas en question la fonction sociale de la carte Vitale ; car bien évidemment, pour les gens de condition modeste, la prise en charge doit être assurée par

l'aide sociale, ou par le nouveau système qui a remplacé la carte santé. Il n'en demeure pas moins que si l'on veut réellement responsabiliser les assurés, le ticket modérateur d'ordre public est indispensable.

J'aimerais donc poser une question à ce sujet : le principe de la liberté du commerce empêche-t-il l'instauration du ticket modérateur d'ordre public ?

M. Nicolas ABOUT, président - J'ai moi-même une question à vous poser, monsieur le président de La Martinière et monsieur Renaudin. Vous avez évoqués précédemment la possibilité que les complémentaires assument, dans certaines circonstances, 100 % de la prise en charge. Cela veut-il dire que lorsqu'une prestation a été évaluée comme n'apportant pas un service médical rendu satisfaisant, vous envisagez de la rembourser ? N'est-il pas plus logique d'admettre que lorsque le SMR a été jugé insuffisant, ni l'assurance maladie obligatoire, ni les assureurs complémentaires que vous êtes ne doivent en assurer le remboursement ?

M. Gérard de LA MARTINIÈRE - Monsieur le président, mesdames et messieurs les sénateurs, je vous remercie pour toutes ces questions qui portent sur des préoccupations majeures du point de vue de la gestion de l'assurance maladie obligatoire. Vous vous interrogez légitimement sur les modalités d'interaction entre le régime obligatoire et le régime complémentaire.

Il convient d'être très clair : notre préférence évidente, absolue, en tant qu'assureurs complémentaires, est que l'on ne fasse plus de complémentaire... ! Il serait tellement plus facile que, par exemple, la sécurité sociale rembourse totalement le double pontage coronarien, et que nous ayons la charge du remboursement de l'appareillage dentaire. A partir de là, nous sortirions de cette ambiguïté, de cette mauvaise coordination, de ce chevauchement de compétences, générateurs d'incompréhension, etc. Nous nous occuperions des champs de besoin définis comme à notre charge par la puissance publique.

Par ailleurs, j'aimerais préciser un point : en tant qu'entrepreneurs, nous avons pour ambition de développer notre activité, notre marché ; mais si on nous en laisse la possibilité, nous souhaitons également développer un service. Nous pensons être en mesure d'apporter à nos concitoyens, qui sont nos clients, un service, qui n'est pas forcément très bien rendu dans le cadre du régime d'assurance maladie obligatoire, pour un certain nombre de prestations.

J'aimerais revenir sur la question de l'articulation entre régime d'assurance maladie obligatoire et régime d'assurance maladie complémentaire. Étant plutôt lucide, je suis conscient que l'on ne va pas, du jour au lendemain, nous définir clairement le périmètre de notre champ de couverture des besoins de santé. Il faudra vivre pendant un certain temps avec l'articulation qui est définie actuellement, et dont je continue à penser qu'elle n'est pas optimale. On obtiendrait une bien meilleure efficacité globale avec un partage des rôles plus clair.

Mais par ailleurs, j'aimerais insister sur un point : nous n'avons pas l'intention de ne pas respecter la loi. Si la loi interdit explicitement à toute assurance maladie complémentaire de prendre en charge la franchise d'un euro sur la consultation, ou le forfait hospitalier etc., ou si la loi rétablit le ticket modérateur d'ordre public, nous la respecterons.

Si en revanche, nous nous trouvons dans un schéma « ouvert », nous souhaitons absolument que soit entretenu le dialogue entre assurance obligatoire et assurance complémentaire. Nous n'avons aucune raison de saboter les efforts que pourraient consentir les gestionnaires de l'assurance maladie obligatoire en matière de responsabilisation des assurés. Tout résultat en termes de responsabilisation des assurés

et des prestataires de soins, aura des effets bénéfiques à la fois sur le volet obligatoire et sur le volet complémentaire. Nous avons donc tout intérêt à seconder les efforts dans ce domaine.

Néanmoins, on ne peut pas nous demander l'impossible ; on ne peut continuer à nous imposer des « oukases », auxquels nous devons nous conformer du jour au lendemain, sans qu'il n'y ait eu de discussion ou de préavis. Nous gérons quotidiennement des milliers de prises en charge ; nous sommes en droit d'exiger d'être prévenus en amont pour tout changement.

Par ailleurs, nous ne pouvons pas violer les contrats que nous avons souscrits avec nos clients. La puissance publique n'a pas décidé de ce qui devait être ou non remboursé dans le cadre de ces contrats. Dans les cas des couvertures de prévoyance d'entreprise, par exemple, les contrats sont le fruit de négociations intervenues entre employeurs et syndicats. Ils définissent de façon précise ce que l'accord d'entreprise voulait obtenir comme système de couverture complémentaire. Tant que ces contrats existent, ils s'imposent à l'assureur qui est en charge de leur exécution.

Bien entendu, il est toujours possible d'entreprendre de nouvelles discussions, c'est-à-dire de proposer à l'entreprise de revoir les termes du contrat en fonction de l'évolution du coût, des priorités proposées par le régime d'assurance maladie obligatoire, etc. Mais il faut garder à l'esprit que l'assurance maladie complémentaire intervient dans le champ des prestations de services concurrentiels. Elle a donc comme responsabilité première de gérer au mieux ses contrats.

M. André RENAUDIN – Je souhaiterais apporter l'éclairage suivant : la loi portant création de la couverture maladie universelle contient un important volet dédié spécifiquement à la couverture maladie complémentaire. Ce volet s'adresse à une très importante partie de la population. A titre de comparaison, la généralisation de la CMU a concerné 150.000 personnes, alors que la couverture maladie complémentaire couvre aujourd'hui cinq millions de personnes.

La loi a fixé un contenu à ce contrat de protection complémentaire de la CMU ; elle inclut le ticket modérateur et le forfait journalier. Par conséquent, cinq millions de nos concitoyens ont droit gratuitement à cette couverture complémentaire - qui est par ailleurs très complète, notamment pour la couverture des frais dentaires et optiques. Si l'on commence à extraire certaines prestations complémentaires (forfait journalier par exemple) du panier de soins, on pourrait se retrouver dans une situation paradoxale : certaines personnes paieraient la complémentaire, mais n'auraient pas droit à ce dont leur voisin, chômeur par exemple, bénéficierait gratuitement.

Je crois que personne ne reviendra sur le contenu du panier de soins de la couverture maladie universelle complémentaire ; il est aujourd'hui la référence des contrats de base d'assurance maladie complémentaire. C'est un des points difficiles de ce dossier.

Enfin, le caractère viager des contrats santé constitue indiscutablement un progrès. Je ne recommanderais pas à la représentation nationale de revenir sur cette caractéristique des contrats d'assurance maladie : si l'on pouvait modifier unilatéralement le contenu des garanties, on entrerait dans un cercle vicieux.

M. Nicolas ABOUT, président - Monsieur Chérioux, je vous donne la parole.

M. Jean CHERIOUX - Je crois que le ticket modérateur d'ordre public ne doit pas s'appliquer aux personnes couvertes par ces contrats. Lorsque ce ticket a été créé en 1945, l'aide sociale le prenait en charge. Aujourd'hui, on a heureusement

humanisé l'aide sociale, en lui ôtant son caractère d'assistance. Il n'en demeure pas moins que le ticket modérateur d'ordre public devrait être appliqué à tous les autres.

M. Nicolas ABOUT, président - Je vous remercie pour cette remarque. Je voudrais remercier le président de La Martinière et monsieur Renaudin, pour la précision de leurs interventions, et aussi pour la qualité du dossier qu'ils nous ont apporté, et qui va vous être distribué. Ce dossier reprend, de manière très complète, les positions de la Fédération française des sociétés d'assurance sur la réforme de l'assurance maladie.

**Audition de M. Etienne CANIARD, administrateur délégué
à la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF)**
(mercredi 19 mai 2004)

M. Nicolas ABOUT, président - Nous accueillons maintenant Etienne Caniard, administrateur délégué, chargé de la santé et de la sécurité sociale, de la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF), également membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Monsieur le rapporteur, veuillez s'il vous plaît poser les premières questions ; M. Caniard, en y répondant, pourra ainsi présenter sa position sur le projet de réforme.

M. Alain VASSELLE, rapporteur - Monsieur Caniard, nous avons préparé à votre intention une série de questions qui ont dû vous être transmises afin que vous puissiez vous préparer à y répondre. Comme vous le savez, les travaux du HCAAM ont jeté les bases d'un nouveau schéma institutionnel pour l'assurance maladie. Dans ce cadre, trois entités nouvelles devraient être créées : l'union nationale des caisses d'assurance maladie, l'union des complémentaires et un regroupement des professionnels de santé. Vous êtes naturellement plutôt concerné par l'union des complémentaires, sachant bien sûr que les autres entités constitueront vos partenaires privilégiés dans le cadre de l'action que vous aurez à mener.

J'aimerais donc vous poser plusieurs questions. La création de cette union des complémentaires correspond-elle aux souhaits des assureurs complémentaires d'être mieux associés à la gouvernance du système ? Comment imaginez-vous le fonctionnement de cette nouvelle organisation ?

Par ailleurs, nous aimerions savoir ce que vous inspire la création d'une Haute autorité de santé chargée d'établir des référentiels médicaux, de même que l'institut national des données de santé ? Quel rôle devra, selon vous, assumer l'État dans ce nouveau schéma ?

Enfin, j'aimerais recueillir votre point de vue sur la question de la responsabilisation des assurés et des autres acteurs du système, dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Peut-on imaginer une politique de responsabilisation qui engloberait à la fois les assurés et les soignants ? Que pensez-vous de l'acquittement d'une franchise d'un euro sur chaque consultation dans le cadre de cette logique de responsabilisation ? Par ailleurs, considérerez-vous que le paiement de cette franchise pourrait entrer en contradiction avec le droit constitutionnel et le principe de la liberté du commerce ?

Concernant le financement, plusieurs pistes ont été évoquées pour parvenir à des économies de dépenses. Elles devraient permettre de dégager un total de recettes supplémentaires égal à quinze milliards d'euros. Pensez-vous que ces économies seraient de nature à pérenniser un juste équilibre entre les dépenses et les recettes, en neutralisant les deux points d'écart qui existent aujourd'hui entre le taux de croissance des dépenses de santé et celui du PIB ? Selon vous, les propositions avancées par le ministre sont-elles crédibles ? Pourront-elles être atteintes dans un délai raisonnable ?

M. Etienne CANIARD - Monsieur le président, monsieur le rapporteur, mesdames et messieurs les sénateurs, je vous remercie de me donner l'occasion de m'exprimer devant vous aujourd'hui. Je vais pouvoir développer à la fois les positions générales que nous soutenons, à la Fédération nationale de la Mutualité Française, et également notre point de vue concernant plus précisément la réforme de l'assurance maladie. Je vais tenter de répondre dans l'ordre aux questions du rapporteur.

Sur la place des complémentaires dans le système de protection sociale, j'aimerais tout d'abord faire une remarque préliminaire, afin d'éviter les faux débats. On entend souvent dire que la place qui sera laissée aux complémentaires dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, pourrait être un premier pas vers une privatisation de la protection sociale. La position de la FNMF est très claire sur ce sujet : pour nous, la privatisation de la protection sociale, c'est le désengagement des régimes obligatoires, en matière de prise en charge de dépenses. L'attribution d'un rôle de régulation aux complémentaires, visant à préserver les grands équilibres et à maintenir la solidarité du système, ne relève pas d'une logique de privatisation.

Je tiens à le préciser, car je constate que ce débat refait surface précisément au moment où nous sommes à la recherche de la maîtrise de l'ensemble des dépenses de santé pour sauver le système de protection sociale. Or, ce débat est rarement ouvert dans les périodes où l'on laisse filer les dépenses et où l'on procède à des mesures de transfert brutales et inopérantes sur le long terme, qui elles, risquent de dégrader réellement le taux général de dépenses prises en charge.

Le nouveau schéma institutionnel, prévoyant la représentation des trois acteurs du système (les deux financeurs et les professionnels de santé) permettra-t-il de résoudre toutes les défaillances du régime d'assurance maladie ? Bien évidemment, la réponse n'est pas simple : il ne suffit pas de créer une structure pour que tout fonctionne de manière optimale. Il est plus important de savoir comment organiser les rapports entre les différentes instances.

De ce point de vue, nous avons, comme vous le savez, une position un peu différente de la Fédération française des sociétés d'assurance : en effet, nous ne sommes pas favorables à une séparation verticale par secteurs, simplement parce que nous considérons que cette séparation poserait inévitablement un redoutable problème d'accès aux soins et d'équité, compte tenu de l'organisation de l'accès aux couvertures complémentaires. A titre d'exemple, le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie révèle que 4 % seulement des dépenses d'optique sont prises en charge par les régimes obligatoires. La tentation est grande de réduire à zéro ce taux de prise en charge. Sachant qu'une partie des Français n'ont pas de complémentaire, comment concilier cette apparente simplification et l'objectif d'accès de tous aux soins essentiels ?

Par ailleurs, nous considérons que notre système de santé souffre cruellement d'un manque d'articulation et de coordination dans la prise en charge des patients. Notre système de soins est davantage organisé autour de l'offre de soins qu'autour du patient. Une séparation verticale des secteurs, qui impliquerait des modes de régulation et de financement différents, accentuerait ce cloisonnement. A titre d'exemple, on peut développer le cas du secteur dentaire. Comme chacun sait, la bonne santé bucco-dentaire est un déterminant important de la bonne santé générale. Au sein du dentaire, la séparation entre les soins et les prothèses dentaires conduirait à des pratiques contraires à la santé publique. Dans le domaine du dentaire, on dispose d'ailleurs d'une expérience concrète, puisqu'il existe une quasi-séparation entre le régime obligatoire et le régime complémentaire. Les régimes complémentaires n'interviennent que de façon marginale sur les soins, en général bien remboursés avec des tarifs opposables pour les soins

conservateurs. Mais pour des raisons d'équilibre financier, les soins conservateurs n'ont pas été revalorisés, déportant ainsi les dépenses vers des soins plus tardifs, comme les prothèses, qui en l'occurrence, sont à la charge des complémentaires. On peut prendre le même exemple, avec le cas de la médecine ambulatoire : les désengagements de l'assurance maladie y ont été observés pour le petit risque et les soins précoces.

Selon nous, cette séparation verticale peut donc produire des effets très négatifs contrairement à une véritable coordination entre les acteurs. Comment cette coordination doit-elle être mise en œuvre ? Avant d'y répondre, je voudrais développer un point majeur, lié aux évolutions épidémiologiques et au défi que l'on doit relever en matière de santé.

On oublie trop souvent que notre système de santé a été initialement conçu pour intervenir de façon discontinue, pour prendre en charge des épisodes infectieux aigus, dans la période qui a suivi la mise en place de la sécurité sociale. A l'inverse, aujourd'hui, nous avons à faire face à des pathologies chroniques. Par conséquent, notre système de soins ne peut plus être compartimenté comme il l'était auparavant. La prise en charge des conséquences des maladies – handicaps, dépendances – est aujourd'hui aussi importante que la prise en charge de la maladie elle-même.

Selon nous, il faudra de plus en plus personnaliser les prises en charge. Cela ne signifie aucunement remettre en cause le principe d'universalité des droits. En réalité, c'est l'exigence de médicalisation de la prise en charge qui implique cette personnalisation.

Dans le principe, nous partageons la vision selon laquelle il revient à l'État de définir le périmètre des biens qui doivent être pris en charge par la collectivité. Toutefois, nous aimerions y apporter une nuance. Aujourd'hui, la définition du périmètre se réduit pour l'État à définir des taux de prise en charge de produits ou d'actes. L'État peut définir des taux de remboursement de verres, en fonction de la correction, et laisser filer peu à peu la prise en charge générale pour arriver au taux de 4 % dont je parlais.

Pour notre part, nous préférierions que le rôle de l'État se limite à fixer un objectif en matière de taux de couverture des dépenses de santé par les régimes obligatoires, et que l'on délègue en partie la déclinaison de cet objectif aux gestionnaires de l'assurance maladie, afin qu'ils disposent d'une certaine marge de manœuvre dans leur gestion du risque et dans leur négociation avec les professionnels de santé.

Pour reprendre l'exemple de l'optique, nous pensons qu'il serait bien plus profitable pour l'efficacité globale du système que l'État reconnaisse l'insuffisance du taux de 4 %, qu'il se fixe un objectif de relèvement de ce taux dans un cadre pluriannuel, et qu'il laisse les gestionnaires de l'assurance maladie décider eux-mêmes, dans leur négociation avec les professionnels de santé, du mode de déclinaison de cet objectif.

La mise en œuvre de ce système permettrait également de sortir de la logique du « droit *au* médicament » qui prévaut aujourd'hui, à partir du moment où celui-ci est inscrit sur la liste des produits remboursables. Il convient de rappeler que théoriquement, on ne peut avoir droit à ces médicaments que s'ils répondent à certains critères définis par la Commission d'autorisation de mise sur le marché ou par la commission de transparence.

Or la réalité est tout autre, comme l'a montré l'étude sur les statines et les fibrates. Nous pensons donc qu'il devient impératif de travailler sur le mode d'emploi du périmètre des biens éligibles, plus que sur la définition physique d'un certain nombre d'actes et de biens éligibles au remboursement.

A partir de là, la répartition des missions entre les différents acteurs pourra se faire naturellement : la représentation nationale pourrait fixer les objectifs en matière de

taux de prise en charge. Ce serait en outre un acte important vis-à-vis des complémentaires, qui comprendraient que, dans une telle logique, on ne cherche pas forcément à transférer des dépenses des régimes obligatoires vers les régimes complémentaires, mais que l'on essaie de rentrer dans un dialogue équilibré.

Secondairement, une délégation plus large serait donnée aux gestionnaires, et donc à cette union des caisses en dialogue avec l'union des complémentaires, pour négocier avec les professionnels de santé, et éventuellement avec l'industrie pharmaceutique les conditions de prise en charge. Ce système serait bien préférable à la situation actuelle dans laquelle on constate que de nombreuses règles ne sont pas appliquées. Il permettrait également de voir se mettre en place des contrats entre l'assurance maladie et les laboratoires pharmaceutiques, pour organiser, par exemple, la promotion et la diffusion de leurs produits, dans le respect des règles.

La rénovation de la loi de financement de la sécurité sociale doit comporter deux aspects. Tout d'abord, elle doit aménager les conditions d'une véritable négociation avec les gestionnaires de l'assurance maladie, afin de garantir que l'objectif de respect de la loi votée soit compatible avec leur vision du système. On aurait ainsi un système itératif, en amont du vote de la loi, pour contraindre ceux qui acceptent la responsabilité de la gestion de l'assumer jusqu'au bout. Toujours dans une même logique de responsabilisation, ce système doit prévoir, en cas de dérapage, une obligation de formuler des propositions de redressement.

Par ailleurs, cette loi devrait inclure, en plus de l'objectif de dépenses de l'assurance maladie, un objectif de taux de prise en charge des dépenses de santé qui forcerait à un pilotage plus intelligent du système en recherchant des solutions du côté de l'organisation du système plus que du transfert des dépenses !

Il faut aussi s'entendre sur le champ de la délégation qui peut être donnée aux différents acteurs, et notamment pour le secteur hospitalier, qui devra être associé à la régulation. L'intégration de l'hôpital est justifiée par deux raisons ; tout d'abord par le poids que représentent les dépenses hospitalières dans l'ensemble des dépenses de santé ; ensuite, parce que nous devons nous assurer, dans notre objectif de régulation, que c'est le bon opérateur qui fournit le bon service en fonction de l'évolution de la science, des technologies, des pratiques, etc. Aujourd'hui, incontestablement, de très nombreux services de santé sont remplis par l'hôpital alors que le secteur ambulatoire pourrait le faire ; il conviendrait d'ouvrir ce débat pour gagner en qualité de soin et en proximité.

Mais cela suppose que la médecine ambulatoire soit organisée différemment ; actuellement, les nombreuses défaillances dans les prises en charge en médecine ambulatoire justifient l'intervention de l'hôpital, et donc les crédits qui lui sont accordés.

La situation dramatique que traversent les urgences en est l'illustration. Je me trouvais jeudi dernier dans le Cher, un des départements les plus sinistrés en matière de densité médicale. Les discussions que j'ai eues avec les professionnels de santé et les responsables de l'assurance maladie m'ont appris que le Centre 15 rencontrait un succès énorme. Ce centre a été récemment mis en place pour réguler les appels. Après six mois de fonctionnement, on a pu constater que, sur cent appels, quatre-vingt treize ne donnaient pas lieu à une intervention médicale. Ces appels traduisent une angoisse, évidemment légitime de la part des patients, qui disparaît dès que le conseil médical est donné et qu'un recours est possible.

Sur la création de la Haute autorité et de l'institut national des données de santé, j'aimerais faire plusieurs remarques. La mise en place de ces deux structures a été proposée par la Mutualité lors de son congrès national de Toulouse l'an dernier. En

raison de l'unanimité qu'a recueillie cette proposition, je me dois de développer de manière plus approfondie son contenu.

Pour nous, la Haute autorité en santé n'est pas une structure d'expertise qui se substitue à la décision du politique ou des gestionnaires de l'assurance maladie pour décider ce qui est remboursable. Les décisions de prises en charge par les régimes obligatoires sont éminemment politiques ; elles ont une implication sur le degré de cohésion sociale et recouvrent les priorités de santé. Elles ne peuvent donc pas être prises par des experts. C'est pourquoi la Haute autorité doit avant tout être un outil d'aide à la décision.

Concernant l'institut des données de santé, j'aimerais tout d'abord en souligner la nécessité. Nous disposons aujourd'hui d'une masse considérable de données ; mais elles sont souvent contestées et ne sont pas partagées par l'ensemble des acteurs. Vous pourrez le constater si vous interrogez les professionnels de santé sur le déroulement des négociations conventionnelles. Il devient donc impératif de créer une instance neutre, qui ne soit pas « un cimetière de données », pour obtenir des données médico-économiques actualisées sur l'état de santé et le niveau de remboursement optimal. Aujourd'hui, le système de données exploitable par l'assurance maladie, le SNIIRAM, n'est fondé que sur les données de remboursement de l'assurance maladie. Il ne prend évidemment pas en compte les dépenses qui échappent au remboursement de l'assurance maladie, parce qu'elles sont hors nomenclature ou parce qu'elles ne sont pas remboursées.

L'institut des données de santé sera enrichi des informations fournies par les complémentaires et par les professionnels de santé, sur les dépenses qui échappent au remboursement.

J'aimerais maintenant répondre à la question du rapporteur sur la responsabilité des assurés. Pour nous, mutualistes, cette responsabilisation est un élément majeur du système. L'histoire même de la Mutualité, qui s'est construite sur une adhésion volontaire, une mise en commun de moyens, un choix collectif du niveau de remboursement, etc., est celle de la responsabilisation des adhérents.

Mais il faut être clair : nous refusons la logique de la responsabilité strictement financière, qui n'a aucun effet sur le parcours du patient. Le ministre de la santé, qui nous recevait hier soir, était interrogé ce matin sur France Inter. J'ai été surpris de l'entendre dire qu'il faudrait probablement relever le forfait hospitalier dans l'année, mesure dont nous n'avons pas été informés lors de notre rencontre. Or, par nature, ce type de mesure n'est absolument pas responsabilisant. Personne ne peut affirmer aujourd'hui que les assurés sociaux « choisissent » d'être hospitalisés ou décident de la durée de leur hospitalisation. Il ne faut pas confondre les mesures purement financières et les mesures de responsabilisation.

Cette confusion n'a d'ailleurs pas seulement été faite qu'à l'égard des patients. A l'égard des professionnels de santé, on a également confondu l'enjeu de responsabilisation visant à une amélioration des pratiques – à travers l'application de référentiels médicaux – et l'enjeu financier de régulation macro-économique.

D'une manière générale, nous sommes opposés aux mesures visant à augmenter le ticket modérateur, fût-il d'ordre public, si cette augmentation est aveugle et ne peut pas être évitée par une utilisation différente, plus vertueuses, du système de soins de la part des assurés sociaux. Pour prendre un exemple, nous débattons aujourd'hui de l'accès direct aux spécialistes : il est envisagé de différencier la prise en charge d'une consultation de spécialiste selon que l'assuré social a décidé ou non de passer au préalable par un médecin traitant. Nous ne sommes pas opposés à cette différenciation dès lors que les mesures tarifaires prises pour l'adressage direct sont limitées. En effet, il

est, selon nous, préférable d'avoir un système organisé, dans lequel le passage par le généraliste est favorisé dans un premier temps, et dans la mesure où tout assuré social a le choix de le faire ou non. Dans ce cadre, une pénalisation financière est assimilée à une incitation, puisqu'on peut éviter la pénalisation si l'on se conduit de façon vertueuse.

Mais s'il n'est pas possible d'échapper à la sanction financière, toutes les études montrent qu'il se produira alors un phénomène d'éviction pour les revenus les plus faibles qui conduiront à mettre en place des filets de sécurité très onéreux alors que, pour les revenus les plus élevés, cela ne changera rien.

Par ailleurs, nous ne sommes pas opposés à des mesures conduisant par exemple à interdire la prise en charge des visites non médicalement justifiées. Il faut en effet impérativement répondre à l'enjeu de démographie médicale. Nous ne pouvons plus nous permettre de former des médecins pour qu'ils conduisent leur voiture ; pendant le temps passé en voiture pour rendre ses visites, le médecin ne soigne pas. De surcroît, il n'est pas dans les attributions de l'assurance maladie de payer le médecin quand il conduit, au tarif où il est payé quand il soigne. Il est donc impératif de diminuer le nombre de visites. J'aimerais d'ailleurs rappeler que les visites sont une spécificité très française.

Pour les visites non médicalement justifiées, le système mis en place est selon moi exemplaire : un cahier des charges permet de définir, en fonction du critère de la pathologie, de la distance, de l'isolement, de l'âge, de la dépendance, etc., les cas dans lesquels la visite est médicalement justifiée. Les référentiels sont d'ailleurs différents selon les départements et les zones rurales. On a délégué aux professionnels de santé le pouvoir d'ordonnancer la dépense, selon que la visite est médicalement justifiée ou non. En d'autres termes, les critères de prise en charge ont été médicalisés, et leur évaluation déléguée aux professionnels de santé. Mais si les complémentaires prennent ensuite en charge les visites non médicalement justifiées, on assistera automatiquement à un transfert de dépenses du régime obligatoire vers le régime complémentaire, sans qu'il n'y ait de changement dans l'organisation du système de soins, ni dans les comportements des assurés.

Il existe donc des situations dans lesquelles la responsabilisation est possible et vertueuse. J'aimerais utiliser un autre exemple pour illustrer mon propos, celui des affections de longue durée. Aujourd'hui, 5,7 millions de Français sont pris en charge à 100 %. L'ordonnancier bizonne, qui distingue les prescriptions liées aux affections de longue durée des autres, est rarement respecté. Je considère qu'il faut absolument remédier à cette situation, même si je suis conscient que cela nuirait aux intérêts des complémentaires, car il est évident que lorsqu'on utilise abusivement l'ordonnancier bizonne en faisant passer des médicaments dans le régime de remboursement à 100 %, cela génère autant d'économies pour les complémentaires. Mais cette logique n'est ni vertueuse pour le système, ni responsabilisante pour les assurés.

Pour les affections de longue durée, il faut probablement mettre en place un contrat quadripartite clair entre l'assuré social, son soignant (il faudrait donc un médecin de référence), le financeur obligatoire et le financeur complémentaire, organisant notamment le parcours de soin. Cela permettra de dégager des économies, tout en assurant une meilleure prise en charge de nombreuses pathologies. Dans ce domaine, la contrepartie du 100 %, qui ne doit pas être remise en cause dans son principe, doit être l'acceptation, par l'assuré social et le professionnel de santé, de certaines contraintes sur les modalités de prise en charge.

Comme vous pouvez le constater, nous appelons donc à la mise en œuvre d'une logique globale de responsabilisation des assurés et des soignants.

M. Nicolas ABOUT, président - Président Fischer, souhaitez-vous poser une question complémentaire ?

M. Guy FISCHER - Merci, monsieur le président. Considérez-vous qu'il est préférable de mettre en place l'acquittement d'une franchise d'un euro sur la consultation, plutôt qu'une taxe sociale applicable à tous les produits de consommation ? Je m'interroge en effet sur les coûts de gestion de la première mesure ; ne serait-il pas plus intéressant financièrement de frapper l'ensemble de la consommation – en excluant certains produits de base- d'une taxe sociale ?

M. Etienne CANIARD - Monsieur le président, la mesure que vous proposez serait d'une tout autre nature que celle de la franchise d'un euro : elle reviendrait à décider de financer l'augmentation des recettes par une contribution générale, émanant des malades tout comme des non-malades.

Selon moi, les mesures qui touchent les malades n'ont un sens que si elles améliorent la prise en charge et le parcours médical du patient. Si elles ont une visée exclusivement financière et comportent un risque d'exclusion, je considère qu'elles sont négatives. Après, on peut s'interroger sur d'autres mesures qui pourraient toucher le malade. Nous ne sommes pas forcément favorables à une augmentation sans limite des recettes, pour les raisons évoquées précédemment par Alain Vasselle.

On constate depuis quarante ans qu'il existe un écart de deux à deux points et demi entre la progression des dépenses de santé et celle du PIB. Le défi que nous devons relever ne se résume donc pas seulement au dégagement des 14 milliards d'euros d'économies ; nous devons également faire face à la tendance actuelle d'augmentation de trois milliards de dépenses nouvelles par an. C'est cette augmentation qui doit être financée par tous les Français.

Le débat actuel est tronqué : il porte sur une augmentation subie dans des domaines qui ne sont pas ceux dans lesquels nous aurions voulu que les dépenses augmentent, si nous avions fait des choix explicites dans la loi de financement. Tous les ans, nous constatons une masse croissante de dépenses que nous n'avons pas choisies. Il ne sert à rien d'équilibrer les comptes, si les dépenses sont constatées dans des domaines qui ne correspondent pas aux priorités de santé.

Un ordre doit être respecté ; il faut d'abord réorganiser le système par la mise en place d'une meilleure gouvernance, par une mise en situation de responsabilité des acteurs, et par une clarification des prises de décisions. Ensuite, il faut mettre en œuvre des réformes de structure : à cet égard, le plan gouvernemental nous paraît insuffisant, notamment sur des sujets majeurs, comme l'évaluation des pratiques professionnelles, l'installation des professionnels de santé, etc.

Enfin, concernant le financement, nous devons non pas combler des déficits correspondant à des dépenses parfois inutiles, mais répondre à l'enjeu des trois milliards de dépenses supplémentaires par an.

Par conséquent, nous sommes aujourd'hui très attachés avant tout à une logique de réorganisation globale du système, qui permettra de répondre aux besoins de financement de demain. Il nous faudra travailler sur la diversification des recettes, afin de pouvoir piloter plus intelligemment les prélèvements, en essayant de les faire peser équitablement entre tous les acteurs.

M. Nicolas ABOUT, président - Je vous remercie, monsieur Caniard, de nous avoir présenté, comme à l'habitude, un exposé d'une aussi grande clarté.

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	Projet de loi relatif à l'assurance maladie	Projet de loi relatif à l'assurance maladie	Projet de loi relatif à l'assurance maladie
Code de la santé publique		Article 1 ^{er} A (<i>nouveau</i>)	Article 1 ^{er} A
		Après l'article L. 6121-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6121-1-1 ainsi rédigé :	<i>Supprimé</i>
		« Art. L. 6121-1-1. - Le développement de la télémédecine, en particulier dans les hôpitaux de proximité, est intégré dans le schéma d'organisation sanitaire tel que prévu à l'article L. 6121-1. »	
Code de la sécurité sociale			
LIVRE I ^{ER} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE I ^{ER} Généralités CHAPITRE I ^{ER} Organisation de la sécurité sociale Section 1 Principes généraux	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
	La section 1 du chapitre I ^{er} du titre I ^{er} du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 111-2-1 ainsi rédigé :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
	« 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.	« Art. L. 111-2-1. - Alinéa sans modification	« Art. L. 111-2-1. - La Nation affirme son attachement <i>au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.</i> <i>« Indépendamment de</i>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<p>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><i>son âge et de son état de santé, chaque assuré social bénéficie, contre le risque et les conséquences de la maladie, d'une protection qu'il finance en proportion de ses ressources.</i></p>
	<p>« 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 de la politique de santé publique et veillent à un usage efficient des ressources qui lui sont consacrées par la Nation. »</p>	<p>« L'Etat garantit un accès effectif de des soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Les régimes d'assurance maladie veillent à l'exercice de ce droit notamment en favorisant, dans le cadre de leurs compétences, une bonne répartition de l'offre de soins sur le territoire national ou en aidant à la création de maisons médicales. Ils contribuent également à assurer la coordination et la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat. Ils veillent à un usage efficient des ressources qui leur sont affectées par la Nation. »</p>	<p>« L'État, qui définit les objectifs de la politique de santé publique, garantit l'accès effectif des assurés aux soins sur l'ensemble du territoire.</p> <p>« En partenariat avec les professionnels de santé, les régimes d'assurance maladie veillent à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils accompagnent ainsi l'accomplissement par l'État des missions énoncées à l'alinéa précédent.</p> <p>« Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie. »</p>
	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
	<p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ</p>	<p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ</p>	<p>DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ</p>
	Section 1	Section 1	Section 1
	Coordination des soins	Coordination des soins	Coordination des soins
		Article 2 A (<i>nouveau</i>)	Article 2 A
		Après l'article	Sans modification

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

L. 161-36 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-1 A ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-36-1 A.* - Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

« Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

« Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

l'ensemble de l'équipe.

« Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 est obligatoire.

« Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

« En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 du code de la santé publique reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part.

« Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">LIVRE I^{ER} 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;">Article 2</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 style="text-align: center;">« <i>Section 5</i> « <i>Dossier médical personnel</i> « <i>Art. L. 161-45.</i> - 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.</p> <p style="text-align: center;">« 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</p>	<p>causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. »</p> <p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Division et intitulé sans modification « <i>Art. L. 161-36-I.</i> - Afin ...</p> <p>... soins, gages d'un bon niveau de santé, chaque ...</p> <p>... publique et dans le respect du secret médical, d'un dossier ...</p> <p>... mentionnées à l'article L. 1111-8 du même code, notamment ...</p> <p>... soins. Le dossier médical personnel comporte également un volet spécialement destiné à la prévention.</p> <p style="text-align: center;">« Ce dossier médical personnel est ...</p> <p>... L. 1111-8 du même code.</p>	<p style="text-align: center;">Article 2</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>publique.</p> <p>« 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 établissements de santé reportent à l'issue du séjour d'un patient sur le dossier médical personnel les éléments résumés relatifs à ce séjour.</p> <p>« Le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie prévu à l'article L. 322-2 est</p>	<p>—</p> <p>« L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, prévues à l'article L. 162-5 du présent code, et son maintien, sont subordonnés à la consultation ou à la mise à jour du dossier médical personnel de la personne prise en charge par le médecin.</p> <p>« Les dispositions de l'alinéa précédent sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.</p> <p>« Art. L. 161-36-2. - Dans ...</p> <p>... applicables ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, et selon ...</p> <p>... L. 1111-8 du même code, chaque ...</p> <p>... établissement de santé, quel que soit son mode d'exercice, reporte dans le dossier médical personnel, à l'occasion de chaque acte ...</p> <p>... thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le dossier médical personnel les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour.</p> <p>« Le ...</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

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.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

... compléter. Le professionnel de santé est tenu d'indiquer, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, s'il a été en mesure d'accéder au dossier.

« *Art. L. 161-36-2-1 (nouveau).* - L'accès au dossier médical personnel ne peut être exigé en dehors des cas prévus à l'article L. 161-36-2 même avec l'accord de la personne concernée.

« 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 exigeant l'évaluation de l'état de santé d'une des parties. L'accès à ce dossier ne peut également être exigé ni préalablement à la conclusion d'un contrat, ni à aucun moment ou à aucune occasion de son application.

« Le dossier médical personnel n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.

« Tout manquement aux présentes dispositions donne lieu à l'application des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

Propositions de la commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>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.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« 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. »</p> <p>II. - Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 161-46 du même code s'appliquent à compter du 1^{er} juillet 2007.</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 style="text-align: center;">—</p> <p>« Art. L. 161-36-3. - Un ...</p> <p>... libertés et du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe ...</p> <p>... personnel. »</p> <p>II. - Les ...</p> <p>... l'article L. 161-36-2 du même code ...</p> <p>... 2007.</p> <p>III. - Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>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</p>			

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

—

carnet de santé qui lui est attribué gratuitement par les organismes d'assurance maladie. Ce carnet est détenu par le patient.

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 le 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.

Les personnes appelées à prendre connaissance des renseignements qui sont inscrits dans le carnet sont astreintes au secret professionnel.

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.

Art. L. 162-1-3. - Le patient est tenu, sauf cas de force majeure ou 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

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

—

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.

Texte en vigueur

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 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

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Propositions de la
commission**

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

—

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 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 ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</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>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">—</p> <p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 1111-8. - Les professionnels de santé ou les établissements de santé ou la personne concernée peuvent déposer des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes physiques ou morales agréées à cet effet. Cet hébergement de données ne peut avoir lieu qu'avec le consentement exprès de la personne concernée.</p> <p>.....</p> <p>Les hébergeurs de données de santé à caractère personnel ou qui proposent cette prestation d'hébergement sont soumis, dans les conditions prévues aux articles L. 1421-2 et L. 1421-3, au contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales et des agents de l'Etat mentionnés à l'article L. 1421-1. Les agents chargés du contrôle peuvent être assistés par des experts désignés par le ministre chargé de la santé.</p>		<p align="center">—</p> <p>Article 2 bis (nouveau)</p> <p>L'article L. 1111-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé nominatives, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal. »</p>	<p align="center">—</p> <p>Article 2 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p>Article 2 ter (nouveau)</p> <p>Après l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré</p>	<p>Article 2 ter</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art L. 322-3. - 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>Article 3</p>	<p>un article L. 161-36-4 ainsi rédigé : « Art. L. 161-36-4. - Un identifiant santé, dérivé du numéro d'inscription des personnes au répertoire national d'identification des personnes physiques pourra être utilisé pour l'ouverture et pour la tenue du dossier médical personnel tel que défini à l'article L. 161-36-1 du présent code. Cet identifiant peut également être utilisé pour les dossiers médicaux créés par les réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique. »</p>	<p>Article 3</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>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>I. - Non modifié</p>	<p>I - Non modifié</p>
<p>CHAPITRE IV Affections de longue durée</p>	<p>II. - L'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du même code est remplacé par l'intitulé suivant : « Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée ».</p>	<p>II. - L'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du même code est ainsi rédigé : « Qualité durée ».</p>	<p>II - Non modifié</p>
	<p>III. - Le septième alinéa de l'article L. 324-1 du</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 324-1. - 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>même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés : « 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. « 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. « 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, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, et le médecin conseil santé mentionnée à l'article L. 161-37. Ce protocole légal. Alinéa sans modification « Le médecin, qu'il exerce en ville ou en établissement de santé, est l'assuré. »</p>	<p>« Le médecin par la Haute autorité mentionnée Haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37. Ce protocole légale. Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 322-3. -</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</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>—</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 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>—</p> <p>IV. - Alinéa sans modification</p> <p>« Sur ...</p> <p>... cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins. »</p>	<p>—</p> <p>IV. - Alinéa sans modification</p> <p>« Sur ...</p> <p>avis de la Haute autorité ...</p> <p>... soins. »</p>
<p>CHAPITRE II</p> <p>Dispositions générales relatives aux soins</p> <p>Section 1</p> <p>Médecins</p> <p>Sous-section 1</p> <p>Dispositions relatives aux relations conventionnelles</p>	<p>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>« 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>Article 4</p> <p>L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 162-5-3. - Afin de favoriser la coordination des soins, tout ...</p> <p>... celui-ci.</p> <p>Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.</p>	<p>Article 4</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
Art. L. 162-5. - Les rapports entre les organismes	<p>« 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>« Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.</p> <p>« Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les dispositions prévues à l'alinéa précédent 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 du 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>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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 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.</p> <p>.....</p> <p>La ou les conventions déterminent notamment :</p> <p>.....</p> <p>16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant 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 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="padding-left: 40px;">« 17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>I. - L'article ...</p> <p>... complété par un 17° et un 18° ainsi rédigés :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 17° Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">Article 5</p> <p>I - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 162-22-10. - I. - Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :</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 style="text-align: center;">—</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 style="text-align: center;">—</p> <p>« 18° Les ...</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>II (<i>nouveau</i>). - Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé : « 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 style="text-align: center;">—</p> <p>II. - <i>L'article L. 162-26 du même code est ainsi rétabli</i></p> <p>« Art. L. 162-26. - <i>Un arrêté fixe 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 et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.</i> »</p>
		Article 5 bis (<i>nouveau</i>)	Article 5 bis

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-5-13. - I. - Les tarifs des médecins mentionnés aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9 ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d'exigence particulière du patient.</p>	<p style="text-align: center;">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>2° L'article est complété par un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. - Des accords conventionnels interprofessionnels intéressants 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</p>	<p>Le I de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les mots : « aux articles L. 162-14-2 et L. 162-5-9 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-5 » ;</p> <p>2° Il est complété par les mots : « et sauf dans le cas prévu au 18° de l'article L. 162-5 ».</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Il est complété rédigé :</p> <p>« II. - Des ...</p> <p>... santé relatifs aux pathologies ou aux traitements peuvent ...</p> <p>... professions, après avis des conseils de l'ordre concernés, sur leurs dispositions relatives à la déontologie.</p> <p>« Ces accords ...</p>	<p>Sans modification</p> <p style="text-align: center;">Article 6</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 162-3. - Les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état.</p>	<p>—</p> <p>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>Section 2</p> <p>Qualité des soins</p>	<p>—</p> <p>... continue, ainsi que ...</p> <p>... soins. »</p> <p>Section 2</p> <p>Qualité des soins</p>	<p>—</p> <p>Section 2</p> <p>Qualité des soins</p>
<p>Art. L. 183-1-1. - 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>.....</p>	<p>Article 7</p> <p>I. - L'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</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>Article 7 A (<i>nouveau</i>)</p> <p>L'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Les consultations médicales sont également données dans les maisons médicales. »</p> <p>Article 7</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Le ...</p> <p>... complété par deux phrases ainsi rédigées :</p> <p>« Les unions régionales des caisses d'assurance maladie peuvent associer à ces contrats, si elles le jugent nécessaire et après accord avec les réseaux des professionnels de santé concernés, des mutuelles régies par le code de la</p>	<p>Article 7 A</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 7</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1°Le ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<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, ils doivent être conformes aux objectifs fixés par ces conventions. »</p>	<p>mutualité, des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle ou des entreprises régies par le code des assurances. Ces contrats sont communiqués pour avis aux conseils de l'ordre des professions médicales pour ce qui les concerne. » ;</p> <p>2° Au ...</p> <p>... les mots : « le collège des directeurs de l'Union nationale ...</p> <p>... maladie » ;</p> <p>3° Non modifié</p>	<p>... assurances. <i>Les conseils de l'ordre des professions concernées sont consultés pour avis sur les dispositions relatives à la déontologie figurant dans ces accords.</i></p> <p>2° Non modifié</p> <p>3° Non modifié</p>
<p>Code de la santé publique</p> <p>SIXIÈME PARTIE Établissements et services de santé LIVRE I^{ER} Établissements de santé</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER} Organisation des activités des établissements de santé CHAPITRE III Évaluation, accréditation et analyse de l'activité des établissements</p>	<p style="text-align: center;">—</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 style="padding-left: 40px;">« 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 sommes correspondant aux dépenses évitées par la mise en oeuvre de l'accord et peuvent être rendus obligatoires pour les établissements.</p> <p style="padding-left: 40px;">« 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 style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« Art. L. 6113-12. - Des ...</p> <p>... conditions de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords et les conditions dans lesquelles ...</p> <p>... partie des dépenses évitées ...</p> <p>... rendus opposables.</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« Les conseils de l'ordre des professions médicales sont consultés sur les dispositions des accords</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« Art. L. 6113-12. - Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">« Les professions concernées sont consultés ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 6114-3. - 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>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>relatives à la déontologie de ces professions. »</p> <p>III. - Après L. 6114-3 du même code, il est inséré rédigé : Alinéa sans modification</p>	<p>... professions.</p> <p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 6412-8. - Pour l'application du présent chapitre, les dispositions des articles L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6115-4, L. 6115-9, L. 6122-2, L. 6122-10, L. 6122-12 et L. 6122-13 sont ainsi modifiées :</p> <p>a) Au troisième alinéa de l'article L. 6114-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 6114-3, les mots : « la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 1411-3 » sont remplacés par les mots : « le comité de l'organisation sanitaire de Mayotte prévu à l'article L. 6412-3 » ;</p> <p>.....</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>« Art. L. 162-4-2. - Les médecins ayant adhéré à</p>	<p>IV (<i>nouveau</i>). - Dans le <i>a</i> de l'article L. 6412-8 du même code, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».</p> <p>Article 8</p> <p>Il est inséré, après rédigé : « Art. L. 162-4-2. - Les médecins exerçant à titre</p>	<p>IV. - Non modifié</p> <p>Article 8</p> <p>Après l'article L. 4133-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4133-1-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 4133-1-1 - L'évaluation individuelle des</p>
Code de la sécurité sociale			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
Code de la santé publique	<p>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>libéral ou exerçant dans un établissement de santé ou dans un centre de santé sont tenus de participer régulièrement à des actions d'évaluation ...</p> <p>... décret. »</p> <p>Article 8 bis (nouveau)</p> <p>Le chapitre II du titre IV du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique est complété par une section 7 ainsi rédigée :</p> <p>« Section 7</p> <p>« Observatoire des risques médicaux</p> <p>« Art. L. 1142-29. - L'Observatoire des risques médicaux, placé auprès de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales institué à l'article L. 1142-22, recueille et traite ou fait traiter les informations concernant les accidents médicaux, les affections iatrogènes et les infections nosocomiales, les dommages qui en résultent et les indemnités versées en réparation des préjudices subis. Les assureurs des professionnels et des établissements de santé et les commissions régionales de</p>	<p><i>pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les personnels mentionnés à l'article L. 6155-1.</i></p> <p>« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p> <p>Article 8 bis</p> <p>Après l'article L. 251-2 du code des assurances, insérer un article L. 251-3 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 251-3. - Les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales sont communiquées à une commission rattachée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux. Le recueil et l'analyse des données qui lui sont transmises peuvent être délégués et font l'objet, sous son contrôle, d'une publication périodique. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article. »</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Propositions de la
commission**

Art. L. 1414-1. -

.....
L'Agence nationale
d'accréditation et d'évaluation
en santé a pour mission :

.....
3° De participer à
l'évaluation de la qualité de la
prise en charge sanitaire de la
population par le système de
santé et de contribuer à son
développement.
.....

.....
conciliation et
d'indemnisation mentionnées
à l'article L. 1142-5 sont
tenus de lui fournir les
informations qu'il demande.

« Une commission
composée de représentants
des professionnels de santé,
des établissements de santé,
des assureurs et des usagers
du système de santé est
chargée de veiller au bon
fonctionnement de
l'observatoire et à la publicité
des résultats des traitements
qu'il met en œuvre ;

« L'observatoire prend
toutes dispositions pour
garantir la confidentialité des
informations recueillies ;

« Un décret précise, en
tant que de besoin, les
conditions d'application du
présent article. »

Article 8 ter (nouveau)

I. - Après le 3° de
l'article L. 1414-1 du code de
la santé publique, il est inséré
un 4° ainsi rédigé :

« 4° De mettre en
œuvre une politique
d'accréditation des médecins
exerçant en établissements de
santé. »

II. - Après l'article
L. 1414-3-2 du même code, il
est inséré un article
L. 1414-3-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1414-3-3. -
Au titre de sa mission
d'accréditation des médecins

Article 8 ter

I. - *Supprimé*

**I. - Alinéa sans
modification**

« Art. L. 1414-3-3. -
Au ...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 1414-11. - Les ressources de l'agence sont constituées notamment par :</p> <p>1° Des subventions de l'Etat ;</p> <p>2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de</p>		<p>exerçant en établissements de santé, l'agence nationale est chargée :</p> <p>« 1° De recueillir auprès des médecins ou des équipes médicales qui demandent à être accréditées les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux et de procéder à leur analyse ;</p> <p>« 2° D'élaborer avec des professionnels et les organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondées sur des critères multiples ;</p> <p>« 3° De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;</p> <p>« 4° D'organiser la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales au regard des référentiels de qualité de soins et des pratiques professionnelles ;</p> <p>« 5° De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients. »</p>	<p>... santé, la Haute autorité de santé est chargée :</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>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>la sécurité sociale ; 3° Le produit des redevances pour services rendus ; 4° Des taxes créées à son bénéfice ; 5° Des produits divers, des dons et legs.</p>		<p>—</p> <p>III. - L'article L. 1414-11 du même code est complété par un 6° ainsi rédigé : « 6° La participation des professionnels mentionnés à l'article L. 4135-1 au coût de la procédure d'accréditation. »</p> <p>IV. - Le titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du même code est complété par un chapitre V ainsi rédigé : « <i>Chapitre V</i> « <i>Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle</i></p> <p>« <i>Art. L. 4135-1.</i> - Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L. 1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables. « Un décret précise les conditions de mise en œuvre</p>	<p>—</p> <p>III. - <i>Supprimé</i></p> <p>II. -Le rédigé : Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 4135-1.</i> - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	<p>du présent article et notamment les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel. »</p>	—
Code de la sécurité sociale	<p>V. - Les médecins soumis à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique qui exercent les spécialités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 4135-1 du même code et qui sont engagés dans une procédure d'accréditation ou sont accrédités, peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance dont le montant est fixé, en fonction des spécialités et des conditions d'exercice, par décret. Cette aide est à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>Article 8 <i>quater</i> (nouveau)</p> <p>Après l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-4-2-1 ainsi rédigé :</p>	<p>III. – Les ...</p> <p>... qui sont <i>accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation</i>, peuvent ...</p> <p>... salariés.</p>
	<p>« Art. L. 162-4-2-1. - La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, est soumise aux modalités prévues par l'article L. 324-1 et est</p>	<p>Article 8 <i>quater</i></p> <p>Sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-1-11. - Les caisses peuvent également 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 la situation des professionnels de santé au regard des dispositions conventionnelles ou réglementaires les régissant.</p>	<p style="text-align: center;">Article 9</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</p>	<p>subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription, qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge.</p> <p>« L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent précise les soins ou traitements dont la prescription peut être antérieure à l'établissement du protocole prévu à l'article L. 324-1. »</p> <p style="text-align: center;">Article 9</p> <p>Le troisième sociale est complété par les mots : « , ainsi que soins et à la</p>	<p style="text-align: center;">Article 9</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	actions d'évaluation mentionnées à l'article L. 162-4-2».	<p>démarche d'évaluation de la qualité professionnelle prévue à l'article L. 162-4-2 sur les tarifs d'honoraires habituellement demandés ainsi que sur toutes informations utiles à la bonne orientation du patient dans le système de soins. »</p> <p>Article 9 bis (nouveau)</p> <p>Le ministre en charge de la santé propose une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la médecine ayant respecté un ensemble de règles de bonne conduite.</p> <p>A cette fin, il est créé un label : « site utile à la santé » géré par les soins du ministère chargé de la santé avec l'appui de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, selon des modalités définies par décret.</p> <p>Article 9 ter (nouveau)</p> <p>Le Gouvernement mettra à l'étude en lien avec les caisses nationales d'assurance maladie la création d'un numéro d'appel national dénommé : « 33 ». Ce service, accessible aussi sur internet, délivrerait des informations sur l'offre de soins médicale et médico-sociale disponible et permettrait aux patients d'obtenir des informations médicalisées d'orientation au sein du système de soins. Ce service serait interconnecté avec les services d'appel médicaux d'urgence. Ce service pourrait être financé</p>	<p>—</p> <p>Article 9 bis</p> <p><i>Supprimé</i></p> <p>Article 9 ter</p> <p><i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">CHAPITRE IV Dispositions relatives aux soins</p> <p>Art. L. 314-1. - 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 style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">« <i>CHAPITRE IV</i> « <i>Dispositions relatives aux soins pris en charge par l'assurance maladie</i></p> <p style="text-align: center;">« <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 style="text-align: center;">« 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 style="text-align: center;">« 2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :</p> <p style="text-align: center;">« <i>a</i>) 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 style="text-align: center;">« <i>b</i>) Respectent les recommandations de bonnes pratiques cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;</p>	<p>par l'assurance maladie et, le cas échéant, par les organismes de protection sociale complémentaire.</p> <p style="text-align: center;">Article 10</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 314-1.</i> - Lorsqu'ils reçoivent ...</p> <p>... l'assurance maladie, les caisses avec l'appui du service médical ...</p> <p>... vérifient :</p> <p style="text-align: center;">« 1° Que ...</p> <p>... L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2 L. 324-1 ;</p> <p style="text-align: center;">« 2° Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">Article 10</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<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>« 3° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code et notamment celles mentionnées aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais. »</p>	—
<p>Art L. 322-2. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au</p>	<p>Section 3</p> <p>Recours aux soins</p>	<p>Section 3</p> <p>Recours aux soins</p>	<p>Section 3</p> <p>Recours aux soins</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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>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>—</p> <p>Article 11</p> <p>I. - L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un II ainsi rédigé :</p> <p>« II. - L'assuré ...</p> <p>... ville, dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion ...</p> <p>... hospitalisation. L'assuré acquitte également cette participation pour tout acte de biologie médicale. Cette participation ...</p> <p>... au I.</p> <p>« Un décret fixe le nombre maximum de participations forfaitaires supportées par chaque bénéficiaire au titre d'une année civile.</p> <p>« Lorsque plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel de santé au cours d'une même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées par le patient ne peut être supérieur à un maximum fixé par décret. »</p>	<p>—</p> <p>Article 11</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Un décret fixe les conditions dans lesquelles, lorsque l'assuré bénéficie de la dispense d'avance des frais, la participation forfaitaire peut être versée directement par l'assuré à la</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 322-4. - 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>II. - L'article L. 322-4 du même code est ainsi rédigé : « Art. L. 322-4. - 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>II. - Non modifié</p>	<p><i>caisse d'assurance maladie ou être récupérée par elle auprès de l'assuré sur les prestations à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3. »</i></p> <p>II. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 325-1. - 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>III. - Au I de l'article L. 325-1 article ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 432-1. - Les caisses versent directement aux praticiens, pharmaciens, auxiliaires médicaux,</p>	<p>IV. - L'article L. 432-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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>—</p> <p>« Les dispositions du II de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre. »</p>	<p>—</p>	<p>—</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>V. - Non modifié</p>	<p>V. - Non modifié</p>
	<p>Article 12</p>	<p>Article 12</p>	<p>Article 12</p>
	<p>I. - Après l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-4-3 ainsi rédigé :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I. - Non modifié</p>
	<p>« Art. L. 162-4-3. - Les médecins peuvent, à l'occasion des soins qu'ils 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-</p>	<p>« Art. L. 162-4-3. - Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>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.</p> <p>« 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. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« Le ...</p> <p>...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 ne contient ...</p> <p>... prescripteurs.</p> <p>« Un ...</p> <p>... libertés et du conseil national de l'ordre des médecins détermine ...</p> <p>... article. »</p> <p><i>I bis (nouveau).</i> - Dans la première phrase du I de l'article L. 161-31 du même code, après les mots : « l'assurance maladie », sont insérés les mots : « qui comporte une photographie de celui-ci ».</p> <p><i>I ter (nouveau).</i> - Les dispositions prévues par le <i>I bis</i> entrent en vigueur à compter du prochain renouvellement de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 du même code.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p><i>I bis.</i> - La première phrase du I de l'article L. 161-31 du même code est complétée, in fine, par les mots : « qui comporte une photographie de celui-ci ».</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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.</p>	<p>—</p> <p>II. - Le II de l'article L. 161-31 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 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. »</p>	<p>—</p> <p>I <i>quater</i> (nouveau). - Après la première phrase du I de l'article L. 161-31 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Cette carte est valable partout en France et tout au long de la vie de son titulaire, sous réserve que la personne bénéficie de prestations au titre d'un régime de base d'assurance maladie et des mises à jour concernant un changement de régime ou des conditions de prise en charge. Elle est délivrée gratuitement.</p> <p>« En cas de vol, perte ou dysfonctionnement, la carte est remplacée par l'organisme d'affiliation de l'assuré. »</p> <p>II. - Le ... est ainsi rédigé :</p> <p>« II. - L'utilisation ... convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou exerçant ...</p> <p>... L. 162-4-3. »</p>	<p>—</p> <p>II. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 161-21. - Les dispositions des premier, deuxième et troisième alinéas du présent</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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.</p>	<p>III. - L'article L. 162-21 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 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 photographie. »</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>« Dans ces établissements de santé, il peut être demandé à l'assuré d'attester, auprès des services administratifs, de son identité ...</p> <p>... photographie ».</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>« Dans ...</p> <p>... d'attester de son identité ...</p> <p>... photographie ».</p>
<p>Art. L. 161-31. – I. -</p> <p>.....</p> <p>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>IV (nouveau). - L'article L. 161-31 du même code est complété par un III ainsi rédigé :</p> <p>« III. - L'assuré et ses ayants droit, hormis les personnes atteintes d'une affection longue durée, reçoivent, chaque année, un relevé récapitulatif l'ensemble des prestations médicales dont ils sont bénéficiaires et mentionnant le coût total des dépenses engagées par l'assurance maladie. »</p>	<p>IV (nouveau). - L'article L. 161-31 du même code est complété par un III ainsi rédigé :</p> <p>« III. - L'assuré et ses ayants droit, hormis les personnes atteintes d'une affection longue durée, reçoivent, chaque année, un relevé récapitulatif l'ensemble des prestations médicales dont ils sont bénéficiaires et mentionnant le coût total des dépenses engagées par l'assurance maladie. »</p>	<p>IV. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Article 12 bis</p>	<p>Article 12 bis (nouveau)</p>	<p>Article 12 bis (nouveau)</p>	<p>Article 12 bis</p>
<p>—</p>	<p>L'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :</p>	<p>L'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale est complété par un IV ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>—</p>	<p>« IV. - Le pharmacien qui délivre à un assuré social</p>	<p>« IV. - Le pharmacien qui délivre à un assuré social</p>	<p>« IV. - Sur le premier décompte de l'année civile</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p style="text-align: center;">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 :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 162-1-14. -</p> <p>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 induit 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</p>	<p>—</p> <p>porteur de la carte électronique individuelle interrégimes ou à un de ses ayants droit une spécialité pharmaceutique remboursable par les régimes de l'assurance maladie lui communique pour information la charge que la spécialité représente pour ces régimes. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions de cette obligation de communication, qui revêt une forme écrite ou orale. »</p> <p style="text-align: center;">Article 13</p> <p>I. - Il est inséré, après l'article L. 161-1-13 du code de la sécurité sociale, un article L. 162-1-14 ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 162-1-14. -</p> <p>L'inobservation ...</p> <p style="text-align: center;">...</p> <p>établissements de santé, les employeurs ou les assurés ayant ...</p> <p style="text-align: center;">... induit ainsi que le refus par les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation peuvent faire l'objet ...</p> <p style="text-align: center;">... santé, des représentants de la même profession participent à la commission. Celle-ci apprécie la responsabilité de l'assuré, de l'employeur, du professionnel</p>	<p>—</p> <p><i>envoyé à l'assuré, figure le montant des dépenses engagées par celui-ci au cours de l'année civile précédente. »</i></p> <p style="text-align: center;">Article 13</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 162-1-14. -</p> <p>L'inobservation ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de 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>de santé ou de l'établissement de santé dans l'inobservation des règles du présent code. Le montant ...</p> <p>... la pénalité.</p> <p>« La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.</p> <p>« L'action en recouvrement de la pénalité est obligatoirement précédée d'une mise en demeure qui ne peut concerner que des faits constatés dans les deux ans précédant son envoi et se prescrit par deux ans à compter de l'envoi de la mise en demeure. Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte, qui à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées sur la mise en demeure.</p> <p>« L'organisme de sécurité sociale ne peut</p>	<p>—</p> <p>... pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.</p> <p>« En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme d'assurance maladie envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi. Le directeur ...</p> <p>...</p> <p>demeure.</p> <p>« L'organisme ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 162-1-16. - La décision prise par la caisse est exécutoire dès sa notification. Elle peut être contestée devant les</p>	<p style="text-align: center;">—</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>II. - La deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-12-16 du même code est</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>concurrentement 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.</p> <p>« Lorsqu'un médecin ne satisfait pas à l'obligation lui incombant au titre de l'article L. 162-4-2, une pénalité peut être prononcée à son encontre, sur proposition de l'union régionale des caisses d'assurance maladie, par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie du lieu d'exercice du médecin dans les conditions mentionnées au présent article. Cette pénalité peut être suspendue si le médecin s'engage à participer dans un délai de six mois à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans le cadre d'un dispositif agréé mentionné à l'article L. 162-4-2.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« II. - La l'article L. 162-12-16 du même code</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>... sanctionner la même inobservation ...</p> <p>... santé. « Lorsqu'un ...</p> <p>... article. <i>Si le médecin s'engage à participer dans un délai de six mois à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans le cadre de l'obligation mentionnée à l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique, le recouvrement de cette pénalité peut être suspendu pendant ce délai et, le cas échéant, abandonné s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.</i></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« II. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
tribunaux des affaires de sécurité sociale.	abrogée.	est ainsi rédigée : « Elle peut être contestée devant le tribunal administratif. »	Article 13 bis
		Article 13 bis (nouveau)	Sans modification
		Après l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 323-4-1 ainsi rédigé : « Art. L. 323-4-1. - Au cours de toute interruption de travail dépassant trois mois, le médecin conseil en liaison avec le médecin traitant sollicite le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »	
	Article 14	Article 14	Article 14
CHAPITRE II Dispositions générales relatives aux soins	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 : « Art. L. 162-1-15. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie 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 participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service	Alinéa sans modification « Art. L. 162-1-15. - Le directeur ...	Sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>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 :</p> <p>« 1° Du non respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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</p>	<p>—</p> <p>... transports ou le versement ...</p> <p>... service : « 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Alinéa sans modification</p> <p>« Toutefois, ...</p> <p>... des frais de transport. » Alinéa supprimé</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 351-1. - L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir d'un âge déterminé.</p>	<p>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 recours à lui de cette suspension de prise en charge. »</p>	<p>I A (<i>nouveau</i>). - Avant le dernier alinéa de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un IV <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	<p>Article 15 Sans modification</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>Article 15</p>	<p>« IV <i>bis</i>. - 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. »</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</p>	<p>Article 15</p>	<p>« IV <i>bis</i>. - 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. »</p>	<p>Article 15</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>atteint si la liquidation en était intervenue avant le 1^{er} 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. - Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 315-2. - 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>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>1° Au phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « En cas l'employeur. » ;</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 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>2° Il 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</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 315-2-1. - 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>lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation. »</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>Art. L. 321-2. -</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>IV (nouveau). - L'article L. 321-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Le directeur de la</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>caisse primaire met en œuvre le dispositif de sanction prévu à l'alinéa précédent. »</p> <p style="text-align: center;">Article 15 bis (nouveau)</p> <p>Après l'article L. 162-4-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-4-4 ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 162-4-4. - 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 style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 15 bis</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>
<p style="text-align: center;">CHAPITRE III Recouvrement des cotisations Section 3 Dispositions diverses</p>	<p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">« Art. L. 133-4-1. - 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'accidents du travail et de maladies professionnelles récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Celui-ci, y</p>	<p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 133-4-1. - En ...</p> <p>... L. 133-4 et les autres cas ...</p>	<p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 133-4-1. - En cas ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>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>... récupéré par un ou plusieurs versements en fonction de la situation sociale du ménage après consultation de la caisse concernée.</p>	<p>... plusieurs versements <i>ou par retenue sur les prestations à venir</i> en fonction ménage.</p>
Code de la santé publique	<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>Alinéa sans modification</p>	<i>Supprimé</i>
<p>Art. L. 5121-1. -</p>			
<p>5° Sans préjudice des 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</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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>Section 4</p> <p>Médicament</p> <p>Article 17</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>Section 4</p> <p>Médicament</p> <p>Article 17</p> <p>La ...</p> <p>... mots et une phrase ainsi rédigée : « et les différents ...</p> <p>... l'efficacité. Dans ce cas, des informations supplémentaires fournissant la preuve de la sécurité et de l'efficacité des différents sels, esters ou dérivés d'une substance active autorisée doivent être apportées. »</p>	<p>—</p> <p>Section 4</p> <p>Médicament</p> <p>Article 17</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 :</p> <p>« 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. »</p>	<p>Article 18</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Elle vise,</p>	<p>Article 18</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-17-8. - Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion <i>des spécialités pharmaceutiques</i> par prospection ou démarchage est conclue ...</p> <p>... médicament.</p> <p>Alinéa sans</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-17-4. - 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>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>II. - A défaut de conclusion de la charte prévue à l'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale avant le 31 décembre 2004, cette charte est établie par décret en 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 :</p> <p>« 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>2° Au quatrième alinéa (3°), les mots : « Les engagements de l'entreprise » sont remplacés par les mots : « Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise ».</p>	<p>notamment, à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins ».</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>III. - Non modifié</p>	<p>modification</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Les entreprises ...</p> <p>... accrédités par la Haute autorité de santé la qualité ...</p> <p>... médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent » ;</p> <p>2° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-17. - 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>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>V. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 5123-2. - 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, 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 : « 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</p>	<p>VI. - Non modifié</p>	<p>VI. - Non modifié</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>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>—</p> <p>Article 18 bis (nouveau)</p> <p>I. - Après l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L.162-1-16 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-1-16. - La Haute autorité de santé établit une charte de qualité des logiciels d'aide à la prescription médicale.</p> <p>« 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. »</p> <p>II. - Les dispositions prévues par le premier alinéa de l'article L. 162-1-16 du même code entrent en vigueur au plus tard le 30 juin 2005.</p> <p>Article 18 ter (nouveau)</p> <p>La télémédecine permet, entre autres, d'effectuer des actes médicaux dans le strict respect des règles de déontologie mais à distance, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin en contact avec le patient par des moyens de</p>	<p>—</p> <p>Article 18 bis</p> <p><i>Supprimé</i></p> <p>Article 18 ter</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	communication appropriés à la réalisation de l'acte médical.	<i>Article additionnel après l'article 18 ter</i>
		<i>Article 18 quater (nouveau)</i>	<i>Après l'article L. 6121-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6121-1-1 ainsi rédigé :</i>
		Une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peut être formulée par courriel dès lors que son auteur peut être dûment identifié, qu'elle a été établie, transmise et conservée dans des conditions propres à garantir son intégrité et sa confidentialité, et à condition qu'un examen clinique du patient ait été réalisé préalablement, sauf à titre exceptionnel en cas d'urgence.	« Art. L. 6121-1-1. - Le développement de la télémédecine, en particulier dans les hôpitaux de proximité, est intégré dans le schéma d'organisation sanitaire tel que prévu à l'article L. 612-1. »
	TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE	TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE	<i>Article 18 quater</i>
			Sans modification
			TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	Section 1	Section 1	Section 1
	Haute autorité de santé	Haute autorité de santé	Haute autorité de santé
	Article 19	Article 19	Article 19
	I. - Après le chapitre I ^{er} du titre VI du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre I ^{er bis} ainsi rédigé :	I. - Alinéa sans modification	I. - Alinéa sans modification
	« CHAPITRE I BIS « Haute autorité de santé	Division et intitulé sans modification	Division et intitulé sans modification
	« Art. L. 161-37. - La Haute autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :	« Art. L. 161-37. - Alinéa sans modification	« Art. L. 161-37. - 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	« 1° Non modifié
	« 2° 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.	« 2° Veiller à l'élaboration et à la diffusion des guides de bon usage des soins ou de bonne pratique et contribuer domaines.	« 2° <i>Elaborer les guides de bon usage des soins ou de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines.</i>
			« 3° (nouveau) <i>Etablir et mettre en œuvre des procédures d'accréditation des établissements de santé</i>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<p>« 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 et du cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>« Dans ...</p> <p>... l'article L. 1411-2 du code de la santé publique.</p>	<p><i>mentionnés à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique.</i></p> <p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« 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 du présent code ainsi que sur les actions d'information mises en œuvre en application du 2^o du présent article.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« Les décisions et communications prises en vertu des 1^o et 2^o 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.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
			<p>« Art. L. 161-37-1. - La Haute autorité de santé est chargée d'établir une procédure de certification des sites informatiques dédiés à la santé et des logiciels d'aide à la prescription médicale ayant respecté un ensemble de règles de bonne pratique.</p> <p>« A compter du 1^{er} janvier 2006, cette certification est mise en œuvre et délivrée par un</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« La Haute autorité peut saisir l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé de toute</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 161-38. - La ...</p> <p>... consultée, notamment par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, sur le bien-fondé ...</p> <p>... prestations et, le cas échéant, des protocoles de soins les associant. Les entreprises, ...</p> <p>... cet effet après les avoir rendues anonymes.</p> <p>« 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. 5311-2 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 ...</p> <p>... et L. 5311-1 du même code et procède à leur diffusion.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p> <p><i>organisme accrédité attestant du respect des règles de bonne pratique édictées par la Haute autorité de santé. »</i></p> <p>« Art. L. 161-38. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>demande d'examen de la publicité pour un produit de santé diffusée auprès des professions de santé.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du présent code 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.</p> <p>« 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 :</p> <p>« 1° Deux membres désignés par le Président de la République ;</p>	<p>—</p> <p>« Dans ...</p> <p>... maladie et l'Institut des données de santé transmettent à la Haute autorité... mission, après les avoir rendues anonymes.</p> <p>« Art. L. 161-39. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 161-40. - Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 1° bis (nouveau) Deux membres désignés par</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 161-39. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 161-40. - Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 1° bis Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	le Président de l'Assemblée nationale ;	le Président de l'Assemblée nationale ;	
	« 2° Deux membres désignés par le président du Sénat ;	« 2° Non modifié	« 2° Non modifié
	« 3° Deux membres désignés par le président de l'Assemblée nationale ;	« 3° <i>Supprimé</i>	« 3° Suppression maintenue
	« 4° Deux membres désignés par le président du Conseil économique et social.	« 4° Non modifié	« 4° Non modifié
	« 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.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
	« La durée du mandat des membres du collège est de six ans, renouvelable une fois.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
	« 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.	Alinéa sans modification	« En cas de vacance <i>survenant plus de six mois avant l'expiration du mandat, il est procédé à la nomination, dans les conditions prévues au présent article, d'un nouveau membre dont le mandat expire à la date à laquelle aurait expiré le mandat de la personne qu'il remplace. Son mandat peut être renouvelé s'il a occupé ces fonctions de remplacement pendant moins de deux ans.</i>
	« Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
	« Art. L. 161-41. - La Haute autorité de santé dispose de services placés sous l'autorité d'un directeur nommé, après avis du collège, par le président de celui-ci.	« Art. L. 161-41. - Non modifié	« Art. L. 161-41. - Alinéa sans modification
	« Sur proposition du directeur, le collège fixe le		« Sur proposition du directeur, le collège fixe le

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>règlement intérieur des services et le cadre général des rémunérations applicables au personnel des services de la Haute autorité.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 161-42. -</p> <p>Non modifié</p>	<p>—</p> <p>règlement intérieur des services.</p> <p>Alinéa modification sans</p> <p>Alinéa modification sans</p> <p>Alinéa modification sans</p> <p>« Art. L. 161-42. - Les ...</p>

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

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 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 ;

« 3° Le produit des redevances pour services rendus, dont les montants sont déterminés sur proposition du directeur par le collège ;

« 4° Une fraction de

... autorité. Ce décret précise en particulier ceux des membres du collège ou des commissions spécialisées de santé qui ne peuvent avoir, par eux mêmes ou par personne interposée, dans les établissements ou entreprises en relation avec la Haute autorité, des intérêts de nature à compromettre leur indépendance. Les membres concernés qui auraient de tels intérêts sont déclarés démissionnaires d'office par le collège statuant à la majorité de ses membres.

« Art. L. 161-43. -
Non modifié

« Art. L. 161-43. -
Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>10 % du produit de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-6 ;</p> <p>« 5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ;</p> <p>« 6° Des produits divers, des dons et legs.</p> <p>« Art. L. 161-44. - Les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment :</p> <p>« 1° Les conditions dans lesquelles la Haute autorité de santé procède aux évaluations et émet les avis mentionnés à l'article L. 161-37 ;</p> <p>« 2° Les critères d'évaluation des produits, actes ou prestations de santé.</p> <p>»</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. - L'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa,</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« Art. L. 161-44. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« Art. L. 161-44. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>sur une liste établie 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 mots : « 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>		
<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>2° Le dernier alinéa est abrogé.</p>	<p>2° Le dernier alinéa est supprimé.</p>	
<p>Code de la santé publique</p>	<p>II. - Le code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>	<p>II. -Non modifié</p>
<p>Art. L. 5123-3. - 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>1° L'article L. 5123-3 est ainsi modifié :</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>	<p>1° Alinéa sans modification</p> <p>a) Au ...</p> <p>... « commission de la Haute autorité ...</p> <p>... d'Etat » ;</p>	
<p>La commission établit chaque année un rapport d'activité qui est remis au</p>	<p>b) Le dernier alinéa est abrogé ;</p>	<p>b) Le dernier alinéa est supprimé ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Parlement.</p> <p>Art. L. 5123-4. - 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>Art. L. 5123-5. - 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 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>Art. L. 5211-5-1. - Son montant est versé à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.</p> <p>Art. L. 5311-2. - 5° Est chargée du fonctionnement de la commission de la transparence et de la commission mentionnée à l'article L. 1261-2.</p>	<p>2° Le dernier alinéa de l'article L. 5123-4 est abrogé ;</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> <p>4° Au 5° de l'article L. 5311-2, les mots : « de la commission de la transparence et » sont supprimés ».</p>	<p>2° Le dernier L. 5123-4 est supprimé ;</p> <p>3° Non modifié</p> <p>4° Non modifié</p>	<p><i>II bis (nouveau). - Le code de la santé publique est ainsi modifié :</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 4001-1. - 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> <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> <p>Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret.</p> <p>Art. L. 4001-2. - 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</p>	<p style="text-align: center;">—</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>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. - Le livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est abrogé à compter ...</p> <p>... médico-économique.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>1° Dans les articles L. 1111-2, L. 1111-9, L. 1151-1, L. 1414-12-1, L. 4133-2, L. 4134-5, L. 4393-1, L. 4394-1, L. 6113-2, L. 6113-3 et L. 6113-6, les mots : « agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé » sont remplacés par les mots : « Haute autorité de santé » ;</p> <p>2° Les articles L. 1414-1, L. 1414-5, L. 1414-6, L. 1521-4 et L. 1531-3 sont supprimés.</p> <p>III. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>L. 245-6 du code de la sécurité sociale, déterminée par arrêté dans la limite d'un plafond de 10 %.</p>	<p>Section 2</p> <p>Respect des objectifs de dépenses</p>	<p>Section 2</p> <p>Respect des objectifs de dépenses</p>	<p>—</p> <p><i>IV (nouveau). - La Haute autorité de santé assume en lieu et place de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé les droits et obligations de l'employeur vis-à-vis de ses personnels. Ceux-ci conservent les mêmes conditions d'emploi.</i></p> <p><i>Les biens, droits et obligations de l'agence précitée sont transférés à la Haute autorité. Ce transfert est exonéré de tous droits ou taxes et ne donne pas lieu à rémunération.</i></p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p>Article 21 A <i>(nouveau)</i></p>	<p>Article 21 A</p>
<p>Art. L. 111-9. - Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, l'application de ces lois auprès des administrations de l'Etat, des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, de tout autre organisme privé gérant un régime de base de</p>		<p>L'article L. 111-9 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 111-9. - Les commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat suivent et contrôlent sur pièces et sur place l'application des lois de financement de la sécurité sociale auprès des administrations d'Etat, des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, de tout organisme privé gérant un régime de base légalement obligatoire et des établissements publics</p>	<p>Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>sécurité sociale légalement obligatoire et des établissements publics compétents. Réserve faite des informations couvertes par le secret de la défense nationale ou le secret médical, tous les renseignements d'ordre financier et administratif de nature à faciliter leur mission doivent leur être fournis. Ils sont habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit.</p>	<p>—</p> <p>Article 21</p> <p>I. - Dans le titre I^{er} du livre I^{er} du 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>« CHAPITRE I^{ER} TER « Dispositions relatives aux objectifs de dépenses</p> <p>« Art. L. 111-11. - Chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet</p>	<p>—</p> <p>compétents. Cette mission est confiée à leur président ainsi qu'à ceux de leurs membres chargés de présenter un rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Réserve faite des informations couvertes par le secret de la défense nationale ou le secret médical, tous les renseignements et documents qu'ils demandent dans le cadre de cette mission, y compris ceux établis par les organismes chargés du contrôle de l'administration, doivent leur être fournis. »</p> <p>Article 21 B (<i>nouveau</i>)</p> <p>Après l'article L. 111-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 111-9-1. - Il est créé au sein de la commission de chaque assemblée saisie au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale une mission d'évaluation et de contrôle chargée d'assurer l'évaluation permanente de ces lois. »</p> <p>Article 21</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« CHAPITRE I^{ER} TER « Objectifs de dépenses</p> <p>« Art. L. 111-11. - Chaque ...</p>	<p>—</p> <p>Article 21 B</p> <p><i>Supprimé</i></p> <p>Article 21</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003</p>	<p>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>... 30 juin de chaque année au ministre ...</p> <p>... publique.</p> <p>« 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. »</p>	
<p>Art. 31. - Lorsqu'il agréé ou approuve les accords, conventions, annexes et avenants mentionnés aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, le ministre chargé de la sécurité sociale adresse aux commissions compétentes du Parlement un rapport sur la cohérence de ces accords, conventions, annexes et avenants avec l'objectif prévu au 4° du I de l'article LO 111-3 dudit code.</p>	<p>II. - L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 est abrogé.</p>	<p>II. - L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (n° 2002-1487 du 20 décembre 2002) est abrogé.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p align="center">Article 22</p>	<p align="center">Article 22</p>	<p align="center">Article 22</p>
<p align="center">CHAPITRE IV Commissions et conseils Section 6</p>	<p>I. - Le chapitre IV du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">—</p> <p>Commission de garantie des retraites</p>	<p align="center">—</p> <p>complété par une section 7 ainsi rédigée :</p> <p align="center">« Section 7 « Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie</p> <p align="center">« Art. L. 114-4-1. - 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 par le président du Conseil économique et social.</p> <p align="center">« Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p> <p align="center">« 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 de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours.</p> <p align="center">« Lorsque le comité d'alerte de l'assurance maladie considère qu'il existe</p>	<p align="center">—</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p align="center">« Art. L. 114-4-1. - Le ...</p> <p>... économiques, du président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et d'une personnalité ...</p> <p align="center">... social.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center">« Chaque ...</p> <p align="center">... comité rend un avis ...</p> <p>... cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.</p> <p align="center">« Lorsque le comité considère ...</p>	<p align="center">—</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p align="center">« Art. L. 114-4-1. - Le ...</p> <p>... économiques et d'une personnalité ...</p> <p align="center">... social.</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p> <p align="center">« Lorsque ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 114-1. - 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>Art. L. 322-2. - La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au</p>	<p>—</p> <p>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.</p> <p>« 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>Section 3</p> <p>Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables</p> <p>Article 23</p> <p>I. - L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est abrogé ;</p>	<p>—</p> <p>... décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie ...</p> <p>... part. »</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>II. - Au L.114-1 du même code, les mots ...</p> <p>... mots : « par le premier président de la Cour des Comptes pour une durée de trois ans ».</p> <p>Section 3</p> <p>Compétences des organismes d'assurance maladie en matière de remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables</p> <p>Article 23</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Le premier alinéa est supprimé ;</p>	<p>—</p> <p>... dépassent l'objectif national ...</p> <p>... décret, il le notifie ...</p> <p>... part</p> <p>Suppression maintenue de l'alinéa</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>Section 3</p> <p>Compétences des organismes d'assurance maladie en matière de remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables</p> <p>Article 23</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>2° 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°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 » ;</p>	<p>2° Non modifié</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>3° Le I est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</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>« La organismes d'assurance maladie complémentaire. Le ministre ...</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>... publique. La décision du ministre est motivée. Alinéa sans modification</p>	
	<p>II. - Au premier alinéa</p>	<p>II. - Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 322-3. - 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>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>Art. L. 251-4. - 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>III. - L'article L. 251-4 du même code est abrogé.</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>Art. L. 162-1-7. - 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</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 align="center">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 align="center">Article 24</p> <p>Les ...</p> <p>... sociale sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :</p>	<p align="center">Article 24</p> <p align="center">Alinéa sans modification</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 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</p>		<p align="center">« La hiérarchisation des prestations et des actes 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, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, 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 align="center">Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>contraire.</p> <p>Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article.</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 décidées par l'Union nationale 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 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>« 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-dessus.</p>	<p>« Les ...</p> <p>... 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 nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis.</p> <p>« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées ...</p> <p>... l'inscription ou à la radiation d'un acte ...</p> <p>... cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation ...</p> <p>... ci-dessus.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... ci-dessus. <i>Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.</i></p>
	<p>« La cotation tarifaire des actes et prestations est établie dans le respect des règles déterminées par des</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>Suppression maintenue de l'alinéa</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-16. - 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 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>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>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</p>	<p>« Lorsque la Haute autorité de santé déclare un acte en phase de recherche clinique, il peut être inscrit sur la liste visée au premier alinéa pour une période déterminée. L'inscription et la prise en charge sont soumises au respect d'une procédure et de conditions particulières définies par convention entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. »</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 : « décidé par le comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code,</p>	<p>« Après avis de la Haute autorité de santé, un acte en phase de recherche clinique ou d'évaluation du service qu'il rend peut être inscrit, pour une période déterminée, sur la liste visée au premier alinéa dans des conditions fixées par décret. »</p> <p>Article 25</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 162-16-4. - 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>mots : « décidé par le comité économique des produits de santé » ;</p>	<p>sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le tarif forfaitaire de responsabilité dans un délai de quinze jours après la décision du comité » ;</p>	
<p>Art. L. 162-16-5. - 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</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 économique des produits de santé » ;</p>	<p>2° A les mots : « sauf opposition subrogatoire des ministres concernés dans un délai de quinze jours, par décision du comité » ;</p>	<p>2° A les mots : « par décision du comité sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité » ;</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 santé » et, après la première phrase du même alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>3° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 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>« Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. » ;</p> <p>4° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6, ...</p> <p>... comité » et, après la deuxième phrase du même alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Les ministres concernés peuvent faire</p>	<p>4° Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-16-6. - 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</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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><i>a)</i> 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><i>b)</i> Le troisième alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes : « Le comité comprend, outre son</p>	<p>opposition conjointe à la décision du comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité dans un délai de quinze jours après cette décision. » ;</p> <p>5° Alinéa sans modification</p> <p><i>a)</i> Non modifié</p> <p><i>b)</i> Le troisième alinéa du I est ainsi rédigé : « Le comité ...</p>	<p>5° Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-17-3. - 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>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>La composition et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par décret.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>.....</p> <p>III. - Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.</p>	<p>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>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</p>	<p>... organismes d'assurance maladie complémentaire. » ;</p> <p><i>b bis) (nouveau)</i> Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :</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>c) Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 162-17-4. - 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 style="text-align: center;">—</p> <p>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 déclaration est rendue publique et est actualisée à leur initiative. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>« Les ...</p> <p>... actualisée par ses auteurs à leur initiative. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<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>—</p> <p>6° L'article L. 162-17-4 est ainsi modifié :</p> <p><i>a)</i> 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>—</p> <p>6° Non modifié</p> <p><i>a)</i> Au septième alinéa, la dernière phrase est ainsi rédigée : « 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>—</p> <p>6° Non modifié</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 Comité économique des produits de santé et après que l'entreprise a été mise en</p>	<p><i>b)</i> 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</p>	<p><i>b)</i> Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.</p> <p>.....</p>	<p>Comité économique des produits de santé prononce, » ;</p>	<p>7° Au ...</p> <p>... santé et »</p> <p>sont remplacés ...</p> <p>... prononcer, » ;</p>	<p>7° Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-17-7. - 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>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>	<p>8° Non modifié</p>	<p>8° Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-38. - 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</p>	<p>8° L'article L. 162-38 est ainsi rédigé : « 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 comité institué par l'article L. 162-17-3 et les entreprises exploitant des médicaments</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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 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 de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernés.</p>	<p>8° bis (nouveau) A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-1-9, les mots : « aux arrêtés pris » sont remplacés par les mots : « aux décisions prises » ;</p>	<p>8° bis Non modifié</p>
<p>Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1^{er} décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par ces arrêtés.</p>	<p>« Les dispositions du titre V du livre IV du code de commerce sont applicables aux infractions à ces décisions. » ;</p>		
<p>Art. L. 162-1-9. - Lorsqu'un chirurgien-dentiste ou médecin fait appel à un fournisseur ou à un prestataire de services à l'occasion de la réalisation des actes pris en charge par les organismes d'assurance maladie, il est tenu de fournir au patient un devis préalablement à l'exécution de ces actes puis une facture lorsque ces actes ont été réalisés.</p>			
<p>..... Les infractions aux dispositions du premier alinéa sont constatées et sanctionnées dans les mêmes conditions que les infractions aux arrêtés pris en application de l'article L. 162-38.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>.....</p> <p>Art. L. 162-16-4. - 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>Ce prix comprend les marges prévues par l'arrêté interministériel mentionné à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.</p> <p>.....</p>	<p>9° L'article L. 165-2 est remplacé par les dispositions suivantes :</p> <p>« 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 Comité économique des produits de santé dans les mêmes conditions que les</p>	<p>8° <i>ter</i> (nouveau) Au deuxième alinéa de l'article L. 162-16-4, les mots : « l'arrêté interministériel mentionné » sont remplacés par les mots : « la décision mentionnée » ;</p> <p>9° L'article L. 165-2 est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 165-2. - Non modifié</p>	<p>8° <i>ter</i> Non modifié</p> <p>9° Non modifié</p>
<p>Art. L. 165-2. - 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>Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 165-3. - 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</p>	<p>conventions visées à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité économique des produits de santé.</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>« 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>« Art. L. 165-3. - 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</p>	10° Non modifié	10° Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>l'article L. 162-38.</p>	<p>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 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>10° <i>bis</i> (nouveau)</p>	<p>10° <i>bis</i> Non modifié</p>
<p>Art. L. 165-3-1. - Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre de la personne ayant facturé l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse à la personne une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>courrier est adressée à l'assuré. La personne a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque l'arrêté mentionné à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.</p>	<p>11° L'article L. 165-4 est modifié comme suit :</p>	<p>Dans l'avant-dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 165-3-1, les mots : « l'arrêté mentionné » sont remplacés par les mots : « la décision mentionnée » ;</p>	<p>10° <i>ter</i> Non modifié</p>
<p>En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Il adresse à la personne ayant facturé le produit ou la prestation une mise en demeure de lui rembourser cette somme.</p>	<p>a) Le premier alinéa est abrogé ;</p>	<p>10° <i>ter</i> (nouveau) A la fin de la première phrase du deuxième alinéa du même article, supprimer les mots : « par arrêté » ;</p>	<p>11° Non modifié</p>
<p>Art. L. 165-4. - 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>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° L'article L. 165-4 est ainsi modifié :</p> <p>a) Le premier alinéa est supprimé ;</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</p>		<p>b) Au deuxième alinéa, les mots ...</p> <p>... peut » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>.....</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>12° Non modifié</p>
<p>Art. L. 165-6. - 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>Art. L. 245-2. -</p> <p>.....</p>			
<p>II. - Il est procédé sur l'assiette définie au I :</p> <p>.....</p>			
<p>2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites 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>13° (<i>nouveau</i>) Au troisième alinéa (2°) du II de l'article L. 245-2, après les mots : « à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif », le mot : « arrêté » est remplacé par le mot : « décidé » ;</p>	<p>13° Non modifié</p>
<p>Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004</p>			
<p>Art. 12. -</p>			
<p>..... VII. - Les entreprises redevables en 2003 de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique sont assujetties à une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, assise sur leur chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2004 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 code de la sécurité sociale ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, à</p>		<p>14° (<i>nouveau</i>) A la fin de la première phrase du paragraphe VII de l'article 12 de la loi de financement de la</p>	<p>14° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du même code, hormis celles qui sont 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 ne prend pas en compte les remises accordées par les entreprises.</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>sécurité sociale pour 2004 (loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après les mots : « sur la base d'un tarif », le mot : « arrêté » est remplacé par le mot : « décidé ».</p> <p>II. - La dernière est ainsi rédigée : « Les conditions sociale. »</p>	<p><i>I bis (nouveau).</i> - Les prix de vente au public des médicaments et des dispositifs médicaux fixés par le Comité économique des produits de santé sont publiés au Journal officiel de la République française.</p> <p>II. - Non modifié</p>
<p>Code de la santé publique</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>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
Code de la sécurité sociale	<p align="center">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>« Art. L. 162-21-2. - 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>« Les décisions relatives au 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.</p>	<p align="center">Article 26</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-21-2. - Il ...</p> <p>... sociale, un conseil de l'hospitalisation. Ce conseil contribue ...</p> <p>... d'hospitalisation.</p> <p>« Les ...</p> <p>... L. 162-22-13, sont prises sur la recommandation de ce conseil.</p> <p>« Lorsque la décision prise est différente de la recommandation du conseil, elle est motivée. En cas de carence du conseil, les ministres compétents l'informent de la décision prise, et le conseil donne un avis sur la décision.</p> <p>« 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</p>	<p align="center">Article 26</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Propositions de la
commission**

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 l'analyse des conséquences de ces mesures sur l'organisation des 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. »

« La composition, ...

« 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 des objectifs de dépenses d'assurance maladie. »

... sur proposition du conseil et détermine les conditions dans lesquelles le conseil contribue ...

... maladie. »

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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>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 align="center">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 :</p> <p>« 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>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 align="center">Article 27</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Cette publique ou les praticiens conseils L. 1112-1 du même code commission. »</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>« Il activité, cette prestation l'établissement. »</p>	<p align="center">Article 27</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 6115-4. - 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>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 align="center">« 4° Les sanctions financières applicables aux établissements de santé prévues à l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>II. - A l'article L. 6115-4 du code de la santé publique, après le quatrième alinéa (3°), il est inséré un 4° ainsi rédigé :</p> <p align="center">Alinéa sans modification</p>	<p align="center"><i>Article 27 bis</i></p> <p align="center">Sans modification</p>
<p align="center">Code de l'éducation</p> <p>Art. L. 631-1. - Le nombre des étudiants admis ainsi que les modalités de leur admission, à la fin de la première année du premier cycle, à poursuivre des études médicales, odontologiques ou pharmaceutiques sont fixés, chaque année, compte tenu des besoins de la population, de la nécessité de remédier aux inégalités géographiques et des capacités de formation des établissements concernés, par le ministre chargé de la santé et le ministre chargé de l'enseignement supérieur.</p> <p>.....</p>	<p align="center"><i>Article 27 bis (nouveau)</i></p> <p>Après le premier alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p align="center">« Chaque année, un comité de la démographie médicale, qui associe notamment des représentants de la direction générale de la santé, de la direction de la sécurité sociale, de la direction de l'enseignement supérieur, des régimes de l'assurance maladie et des doyens des facultés de</p>	<p align="center"><i>Article 27 bis (nouveau)</i></p> <p>Après le premier alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p align="center">« Chaque année, un comité de la démographie médicale, qui associe notamment des représentants de la direction générale de la santé, de la direction de la sécurité sociale, de la direction de l'enseignement supérieur, des régimes de l'assurance maladie et des doyens des facultés de</p>	<p align="center"><i>Article 27 bis</i></p> <p align="center">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
Code de la sécurité sociale	<p style="text-align: center;">Section 4</p> <p style="text-align: center;">Dispositif conventionnel</p> <p style="text-align: center;">Article 28</p>	<p style="text-align: center;">Section 4</p> <p style="text-align: center;">Dispositif conventionnel</p> <p style="text-align: center;">Article 28</p>	<p style="text-align: center;">Section 4</p> <p style="text-align: center;">Dispositif conventionnel</p> <p style="text-align: center;">Article 28</p>
<p>Art. L. 162-15. - 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>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>I. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Au premier alinéa :</p> <p>a) Les ...</p> <p>... L. 162-14-1 » ;</p> <p>b) Les mots : « , de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « et de la sécurité sociale » ;</p>	<p>Sans modification</p>
	B. - Le deuxième	2° Le deuxième alinéa	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</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 courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins.</p>	<p>—</p> <p>alinéa est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans la première phrase, après les mots : « L'accord-cadre, », sont insérés les mots : « les accords conventionnels interprofessionnels, » ;</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>	<p>—</p> <p>est ainsi modifié :</p> <p>a) Dans ...</p> <p>...</p> <p>interprofessionnels, » ;</p> <p><i>a bis) (nouveau)</i> Les mots : « , de la sécurité sociale, de l'agriculture, de l'économie et du budget » sont remplacés par les mots : « et de la sécurité sociale » ;</p> <p>b) Dans ...</p> <p>...</p> <p>sanitaire » ;</p> <p>c) <i>Supprimé</i></p> <p>3° Au ...</p>	<p>—</p>
<p>Toutefois, lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de l'accord-cadre, de la</p>	<p>C. - Au troisième alinéa, après les mots : « de l'accord-cadre, », sont insérés</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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 nationales d'assurance maladie concernées » sont remplacés par les mots : « à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».</p>	<p>... maladie » ;</p>	
	<p>D. - Après le troisième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé : « 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 double des effectifs de</p>	<p>4° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'opposition régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées majorité absolue des suffrages exprimés et, pour les autres professions, d'après les résultats des élections aux unions des professionnels de</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>L'accord-cadre, les conventions, annexes et avenants approuvés sont publiés au Journal officiel de la République française.</p>	<p>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 : « L'accord-cadre, les accords conventionnels interprofessionnels, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés au <i>Journal officiel</i> de la République française. »</p>	<p>santé exerçant à titre libéral mentionnées à l'article L. 4135-1 du même code, la majorité absolue des suffrages exprimés fait obstacle à sa mise en oeuvre. » ;</p> <p>5° Les deux derniers alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés : Alinéa sans modification</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>« 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 ; « 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>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Aux professionnels demande ; « 2° Aux autres 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 : « Art. L. 162-15-2. - En l'absence d'opposition à leur reconduction formée,</p>	<p>II. - Il est rétabli, après l'article L. 162-15-1 du même code, un article L. 162-15-2 ainsi rédigé : « Art. L. 162-15-2. - Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 162-14-2. - Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Ces avenants comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs. La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.</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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>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 même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-14-2. - I. - En cas 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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-14-2. - I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p> <p>... règlement arbitral.</p> <p>« Les ...</p> <p>... règlement.</p> <p>« Le ...</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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>... ans. Toutefois, les partenaires conventionnels engagent des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral. Celui-ci cesse ...</p>	
<p>Art. L. 162-5-9. - I. - Un règlement conventionnel minimal est établi par arrêté interministériel pris après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des organisations syndicales représentatives des généralistes et des spécialistes et, en tant qu'il comporte des dispositions relatives à la déontologie médicale, du Conseil national de l'ordre des médecins.</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 L. 162-15, il est désigné par le premier président de la Cour des comptes. »</p>	<p>... renouvellement. « II. - L'arbitre ...</p> <p>... par le président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »</p>	
<p>Le règlement conventionnel minimal s'applique en l'absence de convention nationale.</p>	<p>B. - Les articles L. 162-5-9 et L. 162-15-4 du même code sont abrogés.</p>	<p>B. - Non modifié</p>	
<p>II. - Le règlement conventionnel minimal est applicable à l'ensemble des</p>			

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

—

médecins qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par ce règlement, y adhérer.

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.

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.

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.

Art. L. 162-15-4. - I. -
A défaut de convention pour les médecins spécialistes ou à

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

—

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 organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

Art. L. 322-5-1. - L'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie dès lors que le

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>transport est réalisé par une entreprise de transports sanitaires conventionnée.</p> <p>La participation de l'assuré versée aux prestataires de transports sanitaires est calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-5-9.</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 style="padding-left: 40px;">« 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</p>	<p style="text-align: center;">Article 29</p> <p>C. (<i>nouveau</i>). - Au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1 du même code, les références : « L. 162-14-2 ou L. 162-5-9 » sont remplacées par les références : « L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ».</p> <p>D (<i>nouveau</i>). - Aux articles L. 162-5-10, L. 162-5-14, L. 162-12-15, L. 162-12-16, L. 315-1 et L. 722-1 du même code, la référence : « L. 162-5-9 » est remplacée par la référence : « L. 162-14-2 ».</p> <p>I. - Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 4° Le ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code. Les obligations ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... professionnels ou les centres de santé qui bénéficient ...</p> <p>... régionale ;</p>	<p style="text-align: center;">Article 29</p> <p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>situation régionale ; « 5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie peuvent participer au 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 ; « 6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7. »</p>	<p>—</p> <p>« 5° Les maladie participent au financement L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette d'exercice ; elles fixent également ...</p> <p>...déterminent ;</p> <p>« 6° Alinéa sans modification</p> <p>« Les dispositifs d'aides à l'installation des professionnels de santé exerçant à titre libéral prévus aux 4° et 5° du présent article font l'objet d'évaluations régionales annuelles et communiquées aux conférences régionales ou territoriales de santé concernées prévues à l'article</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	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 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>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</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>L. 1411-12 du code de la santé publique et d'une évaluation nationale adressée au Parlement dans un délai maximum de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du relative à l'assurance maladie. »</p> <p>II. - Au ...</p> <p>... prévue au 5° de l'article L. 162-14-1 ».</p>	<p>II. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-5-11. - Les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, en 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>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>	<p>III. - Non modifié</p>

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

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.

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.

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.

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.

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.

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

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

laquelle la convention n'est plus applicable.

Art. L. 645-2-1. - 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. 645-2.

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

Art. L. 722-4-1. - 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.

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.

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 645-2. - 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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>IV. - A l'article L. 645-2 du même code, les deuxième, troisième, quatrième et cinquième alinéas sont abrogés.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>IV. - A l'article L. 645-2 du même code, les quatre derniers alinéas sont supprimés.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>IV. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>Art. L. 645-5. - La cotisation prévue au 2° de l'article L. 645-2 est à la charge exclusive de ces praticiens et est versée dans les mêmes conditions que la cotisation prévue au 1°.</p>		<p>IV <i>bis</i> (nouveau). - le dernier alinéa de l'article L. 645-5 du même code est ainsi rédigé : « La cotisation prévue à l'article L. 645-2 est à la charge exclusive de ces praticiens et est versée dans les conditions prévues par l'article L. 645-1. »</p>	<p>IV <i>bis</i>. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 722-4. - 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>V. - Les deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 722-4 du même code sont abrogés.</p>	<p>V. - Les cinq derniers alinéas de l'article L. 722-4 du même code sont supprimés.</p>	<p>V. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</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 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>—</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</p>	<p>—</p> <p>VI. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>	<p>—</p> <p>VI. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-5-2. - 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</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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 supprimé ;</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>2° Le deuxième alinéa est abrogé ;</p>	<p>2° Le deuxième alinéa est supprimé ;</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>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>3° Au est ainsi rédigée : « Les niveaux ...</p>	
<p>Art. L. 162-12-3. - La</p>		<p>... L. 162-5. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	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 tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 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>	<p>VII. - A l'article L. 162-12-3 du même code, supprimés.</p>	<p>VII. - Non modifié</p>
<p>..... Art. L. 132-12-10. - 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 tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2.</p>			
<p>..... Art. L. 162-12-10. - 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 tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2.</p>		<p>VII bis (nouveau). - A l'article L. 162-12-10 du même code, les mots : « tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 » sont remplacés par les mots : « 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 bis. - Non modifié</p>
<p>..... Art. L. 162-12-18. -</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 participation prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4. 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>Le complément de rémunération ou la majoration de participation peuvent être modulés en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements relatifs à la formation, au lieu d'installation et d'exercice du médecin dans les conditions prévues par ces contrats.</p>	<p>VIII. - L'article L. 162-12-18 du même code est modifié comme suit :</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>2° Au deuxième alinéa, les mots : « de participation » sont remplacés par les mots : « de la participation prévue à l'article L. 162-14-2 ».</p>	<p>VIII. - L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p>	<p>VIII. - Non modifié</p>
<p>..... Art. L. 722-1-1. -</p>	<p>IX. - Le dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du même code est abrogé.</p>	<p>IX. - Le dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du même code est supprimé.</p>	<p>IX. - Non modifié</p>
<p>Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge, dans des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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.</p>	<p>—</p> <p>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 :</p> <p>a) La deuxième phrase du troisième alinéa du II est abrogée ;</p>	<p>—</p> <p>X. - A. - L'article 25 ...</p> <p>... modifié :</p> <p>1° La ... est supprimée ;</p>	<p>—</p> <p>X. - A. - Non modifié</p>
<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998)</p>	<p>b) Dans le IV, après les mots : « financement par le fonds », les mots : « et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les</p>	<p>2° Dans le IV, les mots : « et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce</p>	
<p>Art. 25. - I. -</p> <p>.....</p> <p>II. -</p> <p>.....</p> <p>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. 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.</p> <p>.....</p>			
<p>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 et les obligations auxquelles</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce financement sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>professionnels de santé bénéficiant de ce financement » sont supprimés.</p>	<p>financement » sont supprimés.</p>	
<p>Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins</p>			
<p>Art. 4. - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale.</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. 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.</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>B. - La soins est supprimée.</p>	<p>B. - Non modifié</p>
			<p><i>C (nouveau). - La dernière phrase de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est supprimée.</i></p>
			<p><i>Article additionnel après l'article 29</i></p>
			<p><i>I - L'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</i></p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnées » est remplacé par les mots : « et l'accord national mentionnés » ; après la référence : « L. 162-14 » est ajoutée la référence : « , L. 162-32-1 » ; après les mots : « de la ou des conventions nationales » sont insérés les mots : « ou de l'accord national » ;

2° Au troisième alinéa, après les mots : « selon lesquelles les professionnels conventionnés » sont insérés les mots : « ou les gestionnaires des centres de santé adhérant à l'accord national » ;

3° Au quatrième alinéa, après les mots : « aux professionnels » sont insérés les mots : « ou aux centres de santé ».

II. - L'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa, le mot : « mentionnées » est remplacé par les mots : « et l'accord national mentionnés » ; après la référence : « L. 162-14 » est ajoutée la référence : « , L. 162-32-1 » ; après les mots : « Les professionnels conventionnés » sont insérés les mots : « ou les gestionnaires des centres de santé adhérant à l'accord national » ; à la dernière phrase, après les mots : « dans la convention nationale » sont ajoutés les

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

mots : « ou de l'accord national » ;

2° Au douzième alinéa, après les mots : « l'adhésion du professionnel » sont ajoutés les mots : « ou du gestionnaire du centre de santé » ;

3° Au treizième alinéa, après les mots : « l'adhésion des professionnels de santé » sont ajoutés les mots : « ou des gestionnaires de centre de santé » ;

III - L'article L. 162-12-19 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

Après les mots : « l'article L. 162-14-1 » sont ajoutés les mots : « , en l'absence d'accord national pour les centres de santé ».

IV - L'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au premier alinéa le mot : « mentionnées » est remplacé par les mots : « et l'accord national mentionnés » ; les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « L. 162-14 et L. 162-32-1 » ; après les mots : « conventions nationales » sont insérés les mots : « et de l'accord national » ; après les mots : « les professionnels conventionnés » sont insérés les mots : « ou les gestionnaires des centres de santé adhérant à l'accord national » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
Code de la sécurité sociale		Article 29 bis (nouveau)	Article 29 bis
		Après l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-2 ainsi rédigé :	Alinéa sans modification
		« Art. 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.	« Art. L. 183-1-2. - Alinéa sans modification
		« Les unions régionales transmettent pour avis ces contrats aux unions mentionnées à l'article L. 4134-1 du code de la santé	« Les ...

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 221-2. - La 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>Section 5</p> <p>Organisation de l'assurance maladie</p>	<p>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 réputé favorable. Ces contrats sont soumis à l'approbation du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »</p>	<p>... l'approbation du <i>collège des directeurs</i> de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »</p>
<p>Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.</p>	<p>Article 30</p>	<p>Article 29 <i>ter</i> (nouveau)</p>	<p>Article 29 <i>ter</i></p>
<p>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</p>	<p>I. - Il est ajouté à l'article L. 221-2 du code de la sécurité sociale un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général. »</p>	<p>Les dispositions des conventions nationales mentionnées à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale 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.</p>	<p>Sans modification</p>
<p>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</p>	<p>II. - L'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-3. - Le</p>	<p>Section 5</p> <p>Organisation de l'assurance maladie</p>	<p>Section 5</p> <p>Organisation de l'assurance maladie</p>
<p>Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.</p>	<p>Article 30</p>	<p>Article 30</p>	<p>Article 30</p>
<p>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</p>	<p>I. - L'article L. 221-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>I. - L'article L. 221-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>I. - Non modifié</p>
<p>Celles-ci sont représentées auprès de la caisse nationale par des commissaires du Gouvernement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>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</p>	<p>II. - L'article L. 221-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-3. - Le</p>	<p>II. - L'article L. 221-3 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-3. - Le</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 221-3. - Le</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
conseil d'administration de trente-trois membres comprenant :	conseil est composé :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
1° Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;	« 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'emplo-yeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;	« 1° Non modifié	« 1° Non modifié
2° Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;		« 2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;	« 2° Non modifié
3° Trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;	« 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.	« 3° (nouveau) De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie.	« 3° Alinéa sans modification
4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.		« Le conseil est majoritairement composé de représentants visés au 1°.	
Siègent également, avec voix consultative :	« Siègent également avec voix consultative des représentants du personnel élus.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
1° Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;	« Les membres du conseil sont désignés pour une durée de cinq ans. Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	« Le conseil élit en son sein son président dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.	Alinéa sans modification
2° Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.	« 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	« Les organisations et institutions mentionnées aux 1°, 2° et 3° désignent ...	Alinéa sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	du mandat restant à courir.	... courir.	
	« Le directeur général assiste aux séances du conseil.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
	« Le conseil a pour rôle de déterminer :	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
	« 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 ;	« 1° Les soins y compris les établissements de santé et au bon usage ...	« 1° Non modifié
	« 2° Les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en oeuvre ;	... soins ; « 2° Non modifié	« 2° Non modifié
	« 3° Les propositions prévues à l'article L. 111-11 relatives à l'évolution des charges et des produits de la caisse ;	« 3° Non modifié	« 3° Non modifié
	« 4° Les orientations de la convention d'objectifs et de gestion prévue à l'article L. 227-1 ;	« 4° Non modifié	« 4° Non modifié
	« 5° Les principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes ;	« 5° Non modifié	« 5° Non modifié
	« 6° Les objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;	« 6° Non modifié	« 6° Non modifié
	« 7° Les axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé ;	« 7° Les ...	« 7° Non modifié
		... santé, dans le respect des guides de bon usage des soins et de bonne pratique établis par la Haute autorité de santé ;	
	« 8° Les orientations d'organisation du réseau des organismes régionaux, locaux et de leurs groupements ou unions ;	« 8° Non modifié	« 8° Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<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'objectifs 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>« 9° Non modifié</p> <p>« Le directeur ...</p> <p>... mentionnées au douzième alinéa, les propositions mentionnés au treizième alinéa et les budgets prévus au dix-neuvième alinéa en vue ...</p> <p>... membres.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>« 9° Non modifié</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le directeur ...</p> <p>... fixées par le conseil et le tient périodiquement informé. Le conseil formule, en tant ...</p> <p>... aboutissement.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<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>« Le ...</p> <p>... l'établissement. Elle est également de droit sur demande de la moitié des membres du conseil. Le président fixe l'ordre du jour. En cas de partage des voix, il a voix prépondérante.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« Les modalités de mise en oeuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du conseil, sont précisées par voie réglementaire. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>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 :</p> <p>« 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</p>	<p>III. - Après l'article L. 221-3 du même code, il est inséré ...</p> <p>... rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-3-1. - Le ...</p> <p>... membres s'opposer à la proposition ...</p>	<p><i>II bis (nouveau). - Après l'article L. 221-3-1 du même code, il est inséré un article L. 221-3-2 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 221-3-2. - Tout financement par l'assurance maladie, sous forme de subvention ou de dotation, d'un organisme intervenant dans le champ de l'assurance maladie donne lieu à une convention entre l'assurance maladie et l'organisme bénéficiaire. »</i></p>
			<p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 221-3-1. - Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission	
—	<p>directeur général.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« 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 :</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 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 convention et d'en contrôler la bonne application ;</p>	<p>... général.</p> <p>« Le... ... ans. Avant ce terme, il ne peut avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Il gestion mentionnés à l'article L. 227-3.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p>	<p>sans</p> <p>sans</p> <p>sans</p> <p>sans</p> <p>sans</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>« 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 ;</p> <p>« 4° D'assurer pour les systèmes d'information les responsabilités prévues à l'article L. 161-28 ;</p> <p>« Le directeur général prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement.</p> <p>« 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.</p> <p>« Dans le cadre</p>	<p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« Le ...</p> <p>... 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.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Dans le cadre de</p>	<p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p> <p>... marchés, conventions <i>et transactions</i>, est l'ordonnateur ...</p> <p>... signature.</p> <p>Alinéa sans</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 221-4. - 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>—</p> <p>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.</p> <p>« Le directeur général rend compte au conseil de la gestion de la caisse nationale et du réseau après la clôture de chaque exercice.</p> <p>IV. - L'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-4. - 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 de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont applicables à cette commission. ».</p>	<p>—</p> <p>l'exercice de ses missions, ...</p> <p>... gestion mentionnée à l'article L. 227-1 ou du contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Il rend également compte périodiquement au conseil de la mise en oeuvre des orientations définies par ce dernier. »</p> <p>IV. - L'article L. 221-4 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 221-4. - Non modifié</p>	<p>—</p> <p>modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>IV. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 221-4. - Sous ...</p> <p>... notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1.</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<p>V. - Le mandat des membres en fonction du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés prend fin à la date d'installation du nouveau conseil.</p>	<p>V. - Alinéa sans modification</p>	<p>« Un décret détermine les conditions dans lesquelles la commission est consultée pour les affaires communes aux deux branches.</p> <p><i>IV bis (nouveau).</i> - Le dernier alinéa de l'article L. 242-5 du même code est supprimé.</p>
		<p>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.</p>	<p>V. - Non modifié</p>
			<p><i>Article additionnel après l'article 30</i></p> <p><i>I. - Avant le dernier alinéa de l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« 9° De mettre en œuvre directement ou avec l'aide des Caisses primaires et régionales, des Caisses générales et des URCAM, les actions de contrôle sur les dossiers de remboursement et les fichiers informatiques y afférents permettant de détecter les fraudes et comportements abusifs suivant des procédures qui peuvent être informatiques et</i></p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

—

—

—

—

dans ce cas autorisées par la Commission nationale de l'informatique et des libertés, de lancer toute procédure sur le plan civil ou pénal en résultant, dans le cadre des procédures prévues à l'article L. 224-3. »

II. - L'article L. 224-3 du même code est complété par un second alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses nationales et l'ACOSS peuvent ester devant les juridictions pénales de leur propre chef pour la défense des intérêts afférents aux missions qui leur sont confiées par le présent code. ».

Article 30 bis
(nouveau)

Article 30 bis

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.

Sans modification

Article 31

Article 31

Article 31

I. - Au titre VIII du

I. - Au ...

I. - Alinéa sans

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>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 style="text-align: center;">« <i>CHAPITRE II BIS</i></p> <p style="text-align: center;">« Union nationale des caisses d'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">« Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire</p> <p style="text-align: center;">« <i>Section 1</i></p> <p style="text-align: center;">« Union nationale des caisses d'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 182-2-1. -</i></p> <p>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 style="text-align: center;">« 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 style="text-align: center;">« 2° De prendre les décisions en matière d'actes et prestations prévues à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p style="text-align: center;">« 3° De fixer la participation prévue en application des articles L. 322-2 et L. 322-3 ;</p> <p style="text-align: center;">« 4° D'assurer les relations de l'assurance maladie avec l'union nationale des organismes de protection sociale</p>	<p>—</p> <p>... sociale, il est inséré, après ...</p> <p style="text-align: center;">... rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« <i>CHAPITRE II BIS</i></p> <p style="text-align: center;">« Union nationale des caisses d'assurance maladie. -</p> <p style="text-align: center;">Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. -</p> <p style="text-align: center;">Union nationale des professions de santé</p> <p style="text-align: center;">Division et intitulé sans modification</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 182-2. -</i></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« 1° De négocier et signer l'accord-cadre, ...</p> <p>... santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 ;</p> <p style="text-align: center;">« 2° Non modifié</p> <p style="text-align: center;">« 3° Non modifié</p> <p style="text-align: center;">« 4° D'assurer les relations des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie avec l'Union nationale des</p>	<p>—</p> <p>modification</p> <p style="text-align: center;">Division et intitulé sans modification</p> <p style="text-align: center;">Division et intitulé sans modification</p> <p style="text-align: center;">« <i>Art. L. 182-2. -</i> Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>complémentaire.</p> <p>« Art. L. 182-2-2. - 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>« Art. L. 182-2-3. - 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>« 1° Douze membres désignés par le conseil de la Caisse nationale de</p>	<p>organismes d'assurance maladie complémentaire ;</p> <p>« 5° (nouveau) De rendre un avis motivé et public sur les projets de lois et de décrets relatifs à l'assurance maladie.</p> <p>« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées et dans des conditions précisées par décret, associer l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-14-1, L. 162-14-2, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-16-1, L. 162-32-1 et L. 165-6 et à leurs annexes ou avenants.</p> <p>« Art. L. 182-2-1. - L'Union ...</p> <p>... l'Etat.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 182-2-2. - L'Union ...</p> <p>... général.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Douze membres, dont le président, désignés ...</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 182-2-1. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 182-2-2. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>l'assurance maladie des travailleurs salariés en son sein ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 3° Trois membres désignés par le conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en son sein.</p> <p>« Le collège des directeurs est composé :</p> <p>« 1° Du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>« 2° Du directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés ;</p> <p>« 3° Du directeur de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole.</p> <p>« 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</p>	<p>—</p> <p>... sein ;</p> <p>« 2° Trois membres, dont le président, désignés ...</p> <p>... sein ;</p> <p>« 3° Trois membres, dont le président, désignés ...</p> <p>... sein ;</p> <p>« Les trois présidents visés aux alinéas précédents composent le bureau du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Ce bureau assure la permanence de l'union entre les réunions du conseil. Il est informé des décisions prises en collège des directeurs ou par le directeur général de l'union. Il est consulté sur l'ordre du jour du conseil par le président de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Alinéa sans modification</p> <p>« 2° Alinéa sans modification</p> <p>« 3° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>de l'union</p> <p>« Art. L. 182-2-4. - Le conseil délibère sur :</p> <p>« 1° Les orientations de l'union dans ses domaines de compétence ;</p> <p>« 2° La participation mentionnée aux articles L. 322-2 et L. 322-3, sur proposition du collège des directeurs ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 4° Les orientations relatives à la négociation des accords, contrats et conventions qui sont de la compétence de l'union ;</p> <p>« 5° Le budget annuel de gestion administrative.</p> <p>« Le collège des directeurs prépare, en vue de son adoption par le conseil, un projet sur la participation 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.</p> <p>« Art. L. 182-2-5. - Le directeur général, sur mandat du collège des directeurs :</p> <p>« 1° Négocie et signe l'accord-cadre, les conventions, leurs avenants et annexes, et les accords et</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 182-2-3 -</p> <p>Le ... sur</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 4° <i>bis (nouveau)</i></p> <p>Les projets de lois et de décrets transmis par le ministre chargé de la sécurité sociale ;</p> <p>« 5° Non modifié</p> <p>« Art. L. 182-2-4. -</p> <p>Le ...</p> <p>... directeurs :</p> <p>« 1° Négocie ...</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 182-2-3 -</p> <p>Non modifié</p> <p>« Art. L. 182-2-4. -</p> <p>Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>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° Négocie et signe les contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion interrégime prévus à l'article L.183-2-3 ;</p> <p>« 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.</p> <p>« Art. L. 182-2-7. - Les ressources de l'union sont constituées notamment par des contributions des trois</p>	<p>—</p> <p>... santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 ;</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« Le collège des directeurs :</p> <p>« 1° Etablit le contrat type visé à l'article L. 183-1 servant de support aux contrats de services passés entre chaque union régionale des caisses d'assurance maladie et les organismes de sécurité sociale concernés ;</p> <p>« 2° Met en œuvre les orientations fixées par le conseil relatives aux inscriptions d'actes et prestations prévues à l'article L. 162-1-7 ;</p> <p>« 3° Met en œuvre les orientations fixées par le conseil dans les relations de l'assurance maladie avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.</p> <p>« Art. L. 182-2-5. - La Caisse ...</p> <p>... conseil.</p> <p>« Art. L. 182-2-6. - Les ressources ...</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 182-2-5. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 182-2-6. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>caisses nationales d'assurance maladie.</p> <p>—</p> <p>« Section 2 « <i>Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire</i></p> <p>« 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.</p> <p>« L'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire émet des avis sur les 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, à l'exception de celles mentionnées au troisième alinéa du I de l'article L. 322-2.</p>	<p>—</p> <p>... d'assurance maladie.</p> <p>« Section 2 « <i>Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire</i></p> <p>« Art. L. 182-3-1. - L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ...</p> <p>... présent 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 ...</p> <p>... assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident. Cette union ...</p> <p>... conseil. « L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ...</p> <p>... L. 322-2.</p>	<p>—</p> <p>« Art. L. 182-2-7. - <i>Sous réserve des dispositions du présent chapitre, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie est régie par les dispositions du livre II du présent code. »</i></p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 182-3-1. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<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>« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire ...</p> <p>... risque. »</p> <p><i>« Section 3 « Union nationale des professions de santé [Division et intitulé nouveaux]</i></p> <p><i>« Art. L. 182-4-1. (nouveau). - L'Union nationale des professions de santé regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé. Sa composition est fixée par décret en Conseil d'Etat.</i></p> <p>« 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 prévu à l'article L. 111-11.</p> <p>« 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.</p> <p>« L'Union nationale</p>	<p>—</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 182-4-1. - Alinéa sans modification</p> <p>Supprimé</p> <p>« L'Union ...</p> <p>... L. 322-4, à l'exception de la décision mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 322-2.</p> <p>Alinéa sans</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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 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.</p> <p>.....</p>	<p>—</p> <p>II. - 1° 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>	<p>—</p> <p>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 d'assurance maladie complémentaire. »</p> <p>II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° A l'article L. 162-5, 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 d'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	<p>—</p> <p>modification</p> <p>II. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 162-5-12. - La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 des caisses nationales d'assurance maladie signataires de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.</p>	<p>2° L'article L. 162-5-12 du même code est modifié ainsi qu'il suit :</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>2° L'article L. 162-5-12 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au maladie signataires » sont remplacés par les mots : « de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie signataire » ;</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 représentants des caisses mentionnées 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>b) Au deuxième alinéa, les mots : « des représentants des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « des représentants de l'union mentionnée » ;</p>	<p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « les représentants mots : « les représentants de l'union mentionnée » ;</p>	
<p>L'organisme gestionnaire conventionnel est chargée notamment :</p>	<p>c) Au sixième alinéa, les mots : « les caisses d'assurance maladie signataires » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses</p>	<p>c) Non modifié</p>	
<p>..... - de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec les caisses d'assurance maladie</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 ;</p> <p>.....</p> <p>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.</p> <p>.....</p> <p>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.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 162-12-9. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les masseurs-kinésithérapeutes sont définis par une convention nationale conclue</p>	<p>d'assurance maladie » ;</p>	<p>3° A l'article L. 162-9, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p> <p>4° Aux articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	<p>.....</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 162-12-17. - Un ou des accords de bon usage des soins peuvent être conclus, à l'échelon national, par les parties à la ou les conventions mentionnées 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.</p> <p>En l'absence de convention, ces accords peuvent être conclus, à l'échelon national, entre la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et au moins un syndicat représentatif de chaque profession concernée et, à</p>		<p>5° L'article L. 162-12-17 est ainsi modifié :</p> <p>a) Aux premier et dernier alinéas, les mots : la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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.</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>c) Au septième 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 : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	
<p>..... 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.</p>			
<p>..... 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 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.</p>			
<p>Art. L. 162-12-18. -</p>		<p>6° L'article L. 162-12-18 est ainsi modifié :</p>	

Texte en vigueur

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. 162-12-19. - En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, si les accords comportent des engagements relatifs à la sécurité, la qualité ou

Texte du projet de loi**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

a) A l'antépénultième 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 : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

Propositions de la commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>l'efficience 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>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 maladie » sont remplacés par les mots : « de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».</p>	<p>7° A l'article L. 162-12-19, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	
<p>Art. L. 162-12-20. - es 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>8° L'article L. 162-12-20 est ainsi modifié :</p>	
<p>..... 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</p>		<p>a) Au septième 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 : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	
		<p>b) Au dernier alinéa, les mots : la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral.</p>			
<p>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.</p> <p>.....</p>		<p>9° A l'article L. 162-14, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;</p>	
<p>Art. L. 162-15. - 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</p>		<p>10° L'article L. 162-15 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » et les mots : « à la caisse » sont remplacés par les mots : « à l'union » ;</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

**Propositions de la
commission**

ces professions. L'avis rendu est transmis simultanément à la caisse et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

.....
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.

.....
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

.....
b) Au troisième alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ainsi qu'à la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

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 organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes.

Art. L. 162-16-1. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et la Caisse nationale de

11° A l'article L. 162-16-1, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des

Texte en vigueur

l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, d'autre part.

.....

Art. L. 162-32-1. - 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 Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie 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.

.....

Art. L. 322-5-2. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les entreprises de transports sanitaires sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales nationales les plus représentatives des ambulanciers et au moins deux caisses nationales d'assurance maladie dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Texte du projet de loi**Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture**

travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

12° A l'article L. 162-32-1, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

13° A l'article L. 322-5-2, les mots : « au moins deux caisses nationales d'assurance maladie, dont la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

Propositions de la commission

14° (nouveau) Au premier alinéa de l'article

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

—

L. 162-1-13, les mots : « le Centre national des professions de santé, regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des professions de santé, mentionnée à l'article L. 182-4-1. »

Article 31 bis
(nouveau)

Article 31 bis

I. - Le chapitre III du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale devient le chapitre IV. L'article L. 863-1 du même code devient l'article L. 864-1.

Sans modification

II. - A. - Le chapitre III du titre VI du livre VIII du même code est ainsi rétabli :

« *CHAPITRE III*
« Crédit d'impôt au titre des
contrats d'assurance
complémentaire de santé
Individuels

« Art. L. 863-1. -
Ouvrent droit à un crédit d'impôt au titre de la contribution due en application de l'article L. 862-4 les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'une mutuelle, d'une entreprise régie par le code des assurances ou d'une institution de prévoyance par les personnes résidant en France dans les conditions fixées à l'article L. 861-1 dont les ressources, appréciées dans les conditions prévues à l'article

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

L. 861-2, sont comprises entre le plafond prévu à l'article L. 861-1 et ce même plafond majoré de 15 %.

« Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer, au sens de l'article L. 861-1, couvertes par le ou les contrats.

« Il est égal à 150 euros par personne âgée de vingt-cinq à cinquante-neuf ans, de 75 euros par personne âgée de moins de vingt-cinq ans et de 250 euros par personne âgée de soixante ans et plus. L'âge est apprécié au 1^{er} janvier de l'année.

« Les contrats d'assurance complémentaire souscrits par une même personne n'ouvrent droit qu'à un seul crédit d'impôt par an.

« *Art. L. 863-2.* - La mutuelle, l'entreprise régie par le code des assurances ou l'institution de prévoyance auprès de laquelle le contrat a été souscrit déduit du montant de la cotisation ou prime annuelle le montant du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1.

« Le montant du crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la cotisation ou de la prime.

« *Art. L. 863-3.* - L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision relative au droit à déduction prévu à l'article L. 863-2 est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

directeur de la caisse. La délégation de pouvoir accordée au directeur de la caisse en application du troisième alinéa de l'article L. 861-5 vaut délégation au titre du présent alinéa. L'autorité administrative ou le directeur de la caisse est habilité à demander toute pièce justificative nécessaire à la prise de décision auprès du demandeur.

« La caisse remet à chaque bénéficiaire une attestation de droit dont le contenu est déterminé par arrêté interministériel. Sur présentation de cette attestation à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une entreprise régie par le code des assurances, l'intéressé bénéficie de la déduction prévue à l'article L. 863-2.

« *Art. L. 863-4.* - Les dispositions de l'article L. 861-9 sont applicables pour la détermination du droit à la déduction prévue à l'article L. 863-2.

« *Art. L. 863-5.* - Le fonds mentionné à l'article L. 862-1 rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt. »

B. - Le chapitre II du titre VI du livre VIII du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 862-1 est complété par les mots : « et d'assurer la gestion du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">LIVRE VIII</p> <p>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 style="text-align: center;">Article 32</p> <p>I. - Le livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un titre VII ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;"><i>« TITRE VII « DISPOSITIONS RELATIVES AU CONTENU DES GARANTIES EN</i></p>	<p style="text-align: center;">Article 32</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;"><i>« TITRE VII «CONTENU DES GARANTIES EN MATIÈRE DE SANTÉ BÉNÉFICIAIRE D'UNE</i></p> <p>2° Le III de l'article L. 862-4 est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Ils déduisent également un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due. » ;</p> <p>3° Après le <i>b</i> de l'article L. 862-3, il est inséré un <i>c</i> ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« <i>c</i>) Une dotation globale de l'assurance maladie versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 ;</p> <p>4° Au deuxième alinéa (<i>a</i>) de l'article L. 862-7, après les mots : « de l'article L. 862-2 » sont insérés les mots : « et les déductions opérées en application du III de l'article L. 862-4 ».</p> <p>III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2005.</p>	<p style="text-align: center;">Article 32</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">MATIÈRE DE SANTÉ BÉNÉFICIAIRE D'UNE AIDE</p> <p>« Art. L. 871-1. - Le bénéficiaire 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 style="text-align: right;">II. - Les dispositions du premier alinéa de l'article</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">AIDE</p> <p>« Art. L. 871-1. - 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 d'assurance maladie 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 pour lesquels le patient n'a pas accordé l'autorisation visée à l'article L. 161-36-2.</p> <p>« 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 des actes et prestations réalisés dans le cadre du protocole de soins visé à l'article L. 324-1. »</p> <p style="text-align: right;">II. - Non modifié</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code général des impôts</p> <p>Art. 83. - 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>Art. 154 <i>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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>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 condition, lorsque ces</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. - Le premier ...</p> <p>... L. 322-2 du code de la sécurité sociale ; ».</p> <p>IV. - Le deuxième alinéa de l'article 154 <i>bis</i> du même code est complété ...</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>l'organisme.</p>	<p>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>... L. 322-2 du code de la sécurité sociale. ».</p>	
<p>Art. 995. - Sont exonérés de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances :</p>			
<p>..... 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 et que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré ;</p>	<p>V. - L'article 995 du même code est ainsi modifié : 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 » ;</p>	<p>V. - Non modifié</p>	
<p>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.</p>	<p>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 ».</p>	<p>2° Non modifié</p>	
<p>Art. L. 242-1. -</p>			
<p>..... 2° Dans des limites fixées par décret, pour les contributions au financement</p>	<p>VI. - Le huitième alinéa de l'article L. 242-1 du</p>	<p>VI. - Le huitième alinéa (2°) de l'article ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>de prestations complémentaires de prévoyance.</p>	<p>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 ; ».</p>	<p>... L. 322-2 » ;</p>	
<p>Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques</p>	<p>VII. - Après l'article 9 de la loi 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>« Art. 9-1. - 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>VII. - Après l'article 9 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 ...</p> <p>... est inséré un article 9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 9-1. - Non modifié</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 33</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>« Art. L. 211-2. - Chaque caisse primaire d'assurance maladie est</p>	<p>Article 33</p> <p>I. - Les articles ...</p> <p>... remplacés par trois articles L. 211-2 à L. 211-2-2 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 211-2. - Alinéa sans modification</p>	<p>Article 33</p> <p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 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>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 représentants d'emplo-yeurs 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>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;</p> <p>« 3°(nouveau) De représentants d'institutions désignées par l'Etat intervenant dans le domaine de l'assurance maladie</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le directeur assiste aux séances du conseil. »</p>	<p>« Art. L. 211-2-1. - Le conseil de la caisse primaire</p> <p>« Art. L. 211-2-1. - Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 212-2-1. - Les conseils d'administration des</p>	<p>« Art. L. 211-2-1. - Le conseil de la caisse primaire</p>	<p>« Art. L. 211-2-1. - Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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> <p>« Le conseil délibère également sur :</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 2° Les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, notamment par une commission spécifique</p>	<p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° (<i>nouveau</i>) Les axes de la politique de gestion de risque, en application du contrat visé à l'article L. 183-2-3.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>constituée à cet effet ;</p> <p>« 3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de la caisse ;</p> <p>« 4° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p> <p>« 5° La représentation de la caisse dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p> <p>« Il délibère sur le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.</p> <p>« Le Conseil peut être saisi par le directeur de toute question relative au fonctionnement de la caisse.</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>« Les modalités de mise en œuvre du présent article, notamment les conditions de fonctionnement du Conseil, sont précisées par voie réglementaire.</p> <p>« <i>Art. L. 211-2-2.</i> - Le directeur dirige la caisse primaire d'assurance maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en oeuvre 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.</p> <p>« Il négocie et signe le contrat pluriannuel de gestion mentionné à l'article L. 227-3.</p> <p>« Il est notamment</p>	<p>—</p> <p>« 3° Non modifié</p> <p>« 4° Non modifié</p> <p>« 5° Non modifié</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 211-2-2.</i> - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>chargé :</p> <p>« 1° De préparer les travaux du conseil, de mettre en oeuvre les orientations qu'il définit et d'exécuter ses décisions ;</p> <p>« 2° De prendre toutes décisions et d'assurer toutes les opérations relatives à l'organisation et au fonctionnement de la caisse, à sa gestion administrative, financière et immobilière ;</p> <p>« 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.</p> <p>« 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.</p> <p>« Le directeur nomme les agents de direction dans les conditions prévues respectivement à l'article L. 217-6.</p> <p>« Le directeur rend compte au conseil de la gestion de la caisse après la clôture de chaque exercice.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont précisées par voie réglementaire. »</p> <p>II. - Après l'article L. 217-3 du même code, il est inséré un article L. 217-3-1 ainsi rédigé :</p>	<p>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 directeur prévues à l'article L. 217-6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. - Non modifié</p>	<p>—</p> <p>II. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 217-3. - 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>.....</p>	<p>« 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.</p> <p>« 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 le conseil de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.</p> <p>« 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 fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>III. - Le premier ...</p> <p>... L. 217-3-1. ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 217-6. - Les directeurs des organismes auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre</p>	<p>IV. - A l'article L. 217-6 du même code, les</p>	<p>IV. - A l'article ...</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>proposent aux conseils d'administration la nomination des agents de direction autres que l'agent comptable parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>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>... direction » sont remplacés par direction ».</p>	
<p>Art. L. 227-3. - 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>V. - Alinéa sans modification</p>	<p>V. - Non modifié</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 de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le directeur de l'organisme concerné.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Les contrats pluriannuels d'objectifs et de</p>	<p>« Les contrats ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>gestion conclus avec les caisses primaires d'assurance maladie mentionnent également sa contribution au fonctionnement de l'union régionale mentionnée à l'article 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>... également leur contribution ...</p> <p>... L. 183-1. »</p> <p>VI. - Alinéa sans modification</p> <p>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.</p> <p>VII (nouveau). - L'article L. 162-15-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« 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 désignée par le directeur après avis du conseil au sein de cet organisme afin d'exercer la fonction de médiateur pour le compte de celui-ci. Son intervention ne peut pas être demandée si une procédure a été engagée devant une juridiction compétente par l'utilisateur la sollicitant. L'engagement d'une telle procédure met fin à la médiation.</p> <p>« Un médiateur commun à plusieurs organismes locaux</p>	<p>—</p> <p>VI. - Non modifié</p> <p>VII. - Non modifié</p>

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

d'assurance maladie peut être désigné conjointement par les directeurs des organismes concernés après avis de leurs conseils respectifs.

VIII (nouveau). - Le deuxième alinéa de l'article L. 332-3 du même code est complété par la phrase : « Ce décret peut également prévoir les modalités selon lesquelles le service des prestations en nature est confié à un ou plusieurs organismes agissant pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. ».

Article 33 bis
(nouveau)

Article 33 bis

Après le premier alinéa de l'article L. 723-2 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

Sans modification

« Elles peuvent accompagner toutes actions visant à favoriser la coordination et l'offre de soins en milieu rural.

Article 33 ter
(nouveau)

Article 33 ter

Après l'article L. 723-12 du code rural, il est inséré un article L. 723-12-1 ainsi rédigé :

Sans modification

Art. L. 732-12-1. - 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

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 123-1. - En ce qui concerne le personnel autre que les agents de direction, les agents comptables et les praticiens conseils, 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 style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 34</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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>la politique de gestion du risque et des objectifs pour sa mise en œuvre ;</p> <p style="padding-left: 40px;">« - des principes régissant les actions de contrôle, de prévention et de lutte contre les abus et les fraudes :</p> <p style="padding-left: 80px;">« - des objectifs poursuivis pour améliorer la qualité des services rendus à l'utilisateur ;</p> <p style="padding-left: 40px;">« - des axes de la politique de communication à l'égard des assurés sociaux et des professions de santé. »</p> <p style="text-align: center;">Article 34</p> <p>I A. (<i>nouveau</i>) - Dans le premier alinéa de l'article L.123-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « , les agents comptables et les praticiens conseils, » sont remplacés par les mots : « et les agents comptables, ».</p> <p>I. - Après l'article L. 123-2 du même code, il est inséré un article ...</p> <p style="padding-left: 40px;">... rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 34</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	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>rédigé : « 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>« Art. L. 123-2-1. - Les service du contrôle médical l'Etat. »</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>II. - L'article L. 224-7 du même code est ainsi modifié : A. - Au 3°, les mots : « soit par un statut, soit » sont supprimés ;</p>	<p>II. - Alinéa sans modification 1° Au supprimés ;</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>B. - Au dernier alinéa, les mots : « soumis à un statut de droit privé fixé par décret » sont supprimés.</p>	<p>2° Au supprimés.</p>	
<p>Art. L. 615-13. - 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>III. - Le deuxième alinéa de l'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p>	<p>III. - Le du même code est supprimé.</p>	
	<p>IV. - Les dispositions des II et III du présent article</p>	<p>IV. - Les dispositions relatives au statut des</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

Propositions de la
commission

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.

praticiens conseils applicables avant la publication de la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la date d'agrément des conventions collectives mentionnées à l'article L. 123-2-1 du code de la sécurité sociale.

*Article additionnel
après l'article 34*

I. - L'intitulé de la sous-section 2 de la section 2 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale ».

II. - Dans le premier alinéa de l'article L. 123-3 du même code, les mots : « un centre national d'études supérieures de sécurité sociale financé » sont remplacés par les mots : « une École nationale supérieure de sécurité sociale financée ».

III. - L'article L. 123-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 123-4. - L'École nationale supérieure de sécurité sociale peut recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.

« Les dispositions du chapitre I^{er} du titre IV du livre IV du code du travail sont applicables à l'École nationale supérieure de sécurité sociale. »

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE I^{ER} 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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">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 style="text-align: center;">« Section 5 « <i>Institut des données de santé</i></p> <p style="text-align: center;">« 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 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 style="text-align: center;">« 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</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 35</p> <p>I. - Le chapitre ...</p> <p style="text-align: center;">... section 6 ainsi rédigée :</p> <p style="text-align: center;">« Section 6 « <i>Institut des données de santé</i></p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 161-31-4. - Un groupement ...</p> <p style="text-align: center;">... dispositions du chapitre I^{er} du titre IV du livre III du code de la recherche est constitué ...</p> <p style="text-align: center;">« L'Institut ...</p> <p style="text-align: center;">... disposition de ses membres, de la Haute autorité de santé, des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ainsi que d'organismes désignés par décret en Conseil d'Etat, à des fins de gestion du</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 35</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Division et intitulé sans modification</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 161-31-4. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 161-28-2. - 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>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>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>II. - Les articles ... L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du même code sont abrogés.</p>	<p>« Chaque année, l'Institut des données de santé transmet son rapport d'activité au Parlement. »</p> <p>II. - Non modifié</p>

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

Art. L. 161-28-3. - Le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie est chargé :

1° De veiller à la qualité du recueil et du traitement des informations statistiques produites par l'assurance maladie relative aux soins de ville ;

2° De donner un avis sur la qualité des informations statistiques produites par les organismes d'assurance maladie dans le domaine des soins de ville et de contribuer par ses avis à définir la nature et les destinataires des productions statistiques dans le domaine des soins de ville, utiles à la connaissance des pratiques de soins et des dépenses de santé.

Le conseil établit, chaque année, un rapport aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Pour l'information du Parlement, ce rapport est rattaché à l'annexe visée au b du II de l'article LO 111-4.

Art. L. 161-28-4. - Les organismes d'assurance maladie communiquent au Conseil pour la 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.

Section 6

Organisation régionale

Section 6

Organisation régionale

Section 6

Organisation régionale

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

—

Article 36 A
(nouveau)

I. - Le titre III du livre I^{er} de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*

« *Unions des professionnels de santé exerçant à titre libéral*

« *Art. L. 4135-1.* -

Dans chaque région, une union des professionnels de santé exerçant à titre libéral regroupe les représentants élus de l'ensemble des professions de santé visées à la présente partie, à l'exclusion des médecins, ainsi qu'au titre II du livre II de la sixième partie du présent code.

« Les modalités de fonctionnement et les missions de ces unions sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

II. - L'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-33.* - Le caractère représentatif des organisations syndicales nationales mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-16-1 est apprécié par le ministre chargé de la sécurité sociale au vu des résultats des plus récentes élections aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du

Propositions de la
commission

—

Article 36 A

Sans modification

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 183-1. - 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 style="text-align: center;">Article 36</p> <p>I. - L'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :</p> <p>A. - Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 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>code de la santé publique, s'agissant des médecins, et aux unions régionales des professionnels de santé exerçant à titre libéral mentionnées à l'article L. 4135-1 du même code, s'agissant des autres professionnels de santé exerçant à titre libéral. Les modalités de détermination de cette représentativité, et notamment les seuils applicables et les critères de pondération entre régions, sont fixées par décret. »</p> <p style="text-align: center;">Article 36</p> <p>I. - L'article ...</p> <p>... est ainsi modifié :</p> <p>1° Le ...</p> <p>... rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p>2° Les cinq derniers alinéas sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :</p>	<p style="text-align: center;">Article 36</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<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>« 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>« L'union effet, conformément aux orientations fixées dans les conventions visées à l'article L. 162-5.</p>	
<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 veille 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. « L'Union ...</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 aux plans régional et local situés dans son ressort territorial et dont</p>	<p>... fonctionnement de leurs systèmes d'information. 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>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<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>l'intervention est nécessaire à l'exercice de ses responsabilités.</p>	<p>« Un contrat ...</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>« 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>... l'article L. 182-2-2, est conclu ...</p>	
<p>Il est composé : - d'une part, pour au moins deux tiers, d'administrateurs des caisses primaires d'assurance maladie du régime général associant à</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>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>... régionale. « La gestion ...</p>	
<p>Il est composé : - d'une part, pour au moins deux tiers, d'administrateurs des caisses primaires d'assurance maladie du régime général associant à</p>	<p>B. - Au deuxième alinéa, les mots : « d'administrateurs des caisses primaires » sont remplacés par les mots : « de</p>	<p>... décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie visé à l'article L. 182-2-2. Une convention ...</p> <p>... assurée. »</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Dans les premier et dernier alinéas, les mots ...</p> <p>...</p> <p>supprimés.</p> <p>2° Au troisième alinéa, les mots ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>membres du conseil des caisses primaires » sont supprimés.</p>	<p>... primaires ».</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>III. - Sont insérés, après l'article ...</p>	
	<p>« Art. L. 183-2-1. - Le conseil de l'union régionale délibère sur :</p>	<p>... rédigés :</p>	
	<p>« 1° Les orientations de l'organisation de l'union régionale ;</p>	<p>« Art. L. 183-2-1. - Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 2° Les orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion mentionné à l'article L. 183-2-3 ;</p>	<p>« 1° Non modifié</p>	
	<p>« 3° Les opérations immobilières et la gestion du patrimoine de l'union régionale ;</p>	<p>« 2° Non modifié</p>	
	<p>« 4° L'acceptation et le refus des dons et legs ;</p>	<p>« 3° Non modifié</p>	
	<p>« 5° La représentation de l'union dans les instances ou organismes au sein desquels celle-ci est amenée à siéger.</p>	<p>« 4° Non modifié</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>« 5° Non modifié</p>	
	<p>« Art. L. 183-2-2. - Le directeur dirige l'union régionale des caisses d'assurance maladie. A ce</p>	<p>« Il ...</p>	
		<p>... approuvées sauf opposition du conseil à la majorité qualifiée, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret.</p>	
		<p>« Art. L. 183-2-2. - Non modifié</p>	

Texte en vigueur

Texte du projet de loi

titre, il exerce les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité et met en oeuvre les orientations fixées par le conseil.

« Il est notamment chargé :

« 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 ;

« 2° D'établir et d'exécuter les budgets de gestion et d'intervention, de négocier et de conclure au nom de 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.

« *Art. L. 183-2-3.* - 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

Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture

« *Art. L. 183-2-3.* - Un contrat ...

... l'article L. 182-2.
Ce contrat ...

... usage et précise ...

Propositions de la commission

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 183-3. - 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 nationale procède en conséquence à ladite nomination.</p> <p>Si le conseil</p>	<p>—</p> <p>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>»</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 nationale 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 opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.</p> <p>« Le directeur général</p>	<p>—</p> <p>... résultats.</p> <p>« Il précise par ailleurs les moyens ...</p> <p>... régionale.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>IV. - Alinéa sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 183-3.</i> - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le directeur général</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>de l'union nationale, peut mettre fin à leurs fonctions, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective.</p>	<p>de l'union nationale, après avis des directeurs de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, peut mettre fin aux fonctions des directeurs et agents comptables, sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective.</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 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 ...</p> <p>... praticien responsable de l'échelon régional d'un régime obligatoire d'assurance maladie situé ...</p>	
<p>Les directeurs et les agents comptables sont salariés de l'union dans laquelle ils exercent leurs fonctions.</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>... l'union.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>			
Section 10	<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 -</p>	<p>Article 37</p> <p>I. - L'intitulé ...</p> <p>... sociale est ainsi rédigé : « Organisation des soins ».</p>	<p>Article 37</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Réseaux</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Organisation des soins ».</p> <p>II. - Il est créé dans la même section une sous-section 1 intitulée : « 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 style="padding-left: 40px;">« <i>Sous-section 2</i> « Coordination des soins</p> <p>« <i>Art. L. 162-47.</i> - Une convention entre l'union régionale des 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 :</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 2° Des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>III. - La même section est complétée par une sous-section 2 ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">Division et intitulé sans modification</p> <p>« <i>Art. L. 162-47.</i> - Une mission régionale de santé constituée entre 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 :</p> <p>« 1° Non modifié</p> <p>« 2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins, des propositions ...</p> <p>... santé publique ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	<p>« Le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation établissent conjointement :</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 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 ;</p> <p>».</p>	<p>—</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>« 3° Le dont elle assure la conduite ...</p> <p>... réseaux ;</p> <p>« 4° Le dont elle assure la conduite ...</p> <p>... ambulatoires.</p> <p>« 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.</p> <p>« Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.</p> <p>« Chaque année, la mission soumet les projets de programmes mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">Code de la santé publique</p> <p>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.</p> <p>Cette annexe précise :</p> <p>.....</p> <p>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.</p> <p>.....</p>	<p>IV. - Il est inséré dans l'article L. 6121-2 du code de la santé publique, après le quatrième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 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</p>	<p>conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en œuvre de ces programmes.</p> <p>« La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.</p> <p>« 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. »</p> <p>IV. - Il est inséré, après le quatrième alinéa de l'article L. 6121-2 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sont ...</p> <p>... par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale, en application des dispositions du 1° dudit article. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	code de la sécurité sociale. »	Article 37 bis (nouveau)	Article 37 bis
		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 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.	Sans modification
Code de la sécurité sociale	Article 38	Article 38	Article 38
	Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	Alinéa sans modification	Sans modification
	1° L'intitulé du chapitre I ^{er} du titre II du livre I ^{er} est remplacé par l'intitulé suivant:	1° Au troisième alinéa de l'article L. 114-1, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « des conseils ou conseils d'administration » ;	
CHAPITRE I ^{ER}	« CHAPITRE I ^{ER}	2° L'intitulé du chapitre I ^{er} du titre II du livre I ^{er} est ainsi rédigé : « Conseils et conseils d'administration » ;	
Conseils d'administration	« <i>Conseils et conseils d'administration</i>	<i>Supprimé</i>	
Art. L. 121-1. - Sauf dispositions particulières propres à certains régimes et à certains organismes, le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme.	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 » ;		
Art. L. 121-2. - Les	3° A l'article L. 121-2,	3° Au premier alinéa	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>Art. L. 122-1. - Tout organisme de sécurité sociale est tenu d'avoir un directeur et un agent comptable.</p> <p>.....</p> <p>Le directeur décide des actions en justice à intenter au nom de l'organisme dans les matières concernant les rapports dudit organisme avec les bénéficiaires des prestations, les cotisants, les producteurs de biens et services médicaux et les établissements de santé, ainsi qu'avec son personnel, à l'exception du directeur lui-même. Dans les autres matières, il peut recevoir délégation permanente du conseil d'administration pour agir en justice. Il informe périodiquement le conseil d'administration des actions qu'il a engagées, de leur déroulement et de leurs suites.</p> <p>Le directeur représente</p>	<p>les mots : « et membres du conseil » sont ajoutés après le mot : « administrateurs » ;</p>	<p>de l'article L. 121-2, les mots : « le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil d'administration » et le mot : « administrateurs » est remplacé par les mots : « membres du conseil ou les administrateurs ».</p> <p>4° L'article L. 122-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, après le mot : « directeur », sont insérés les mots : « général ou un directeur » ;</p> <p>b) Dans la première phrase du troisième alinéa, après les mots : « le directeur », sont insérés les mots : « général ou le directeur » ;</p> <p>c) Dans la première phrase du troisième alinéa, après les mots : « du directeur », sont insérés les mots : « général ou le directeur » ;</p> <p>d) Dans la deuxième phrase du troisième alinéa, les mots : « du conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « du conseil ou du conseil d'administration » ;</p> <p>e) Dans la dernière phrase du troisième alinéa, les mots : « le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil d'administration » ;</p> <p>f) Dans le quatrième</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>l'organisme en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet à certains agents de son organisme ou à un agent d'un autre organisme de sécurité sociale.</p> <p>.....</p>	<p>4° A l'article L. 151-1, au premier alinéa, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par</p>	<p>alinéa, après le mot : « directeur » sont insérés les mots : « général ou le directeur » ;</p>	
<p>Art. L. 151-1. - Les décisions des conseils d'administration des caisses primaires et régionales</p>		<p>5° Au deuxième alinéa de l'article L. 133-3, les mots : « le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « le conseil ou le conseil d'administration » ;</p>	
		<p>6° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 142-5, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « des conseils ou des conseils d'administration » ;</p>	
		<p>7° Au deuxième alinéa de l'article L. 143-2-1, les mots : « des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « des conseils ou des conseils d'administration » ;</p>	
		<p>8° Au dernier alinéa de l'article L. 143-7, les mots : « conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « conseils ou conseils d'administration » ;</p>	
		<p>9° Au dernier alinéa de l'article L. 146-7, le mot : « administrateur » est remplacé par les mots : « membre d'un conseil » ;</p>	
		<p>10° L'article L. 151-1 est ainsi modifié : a) Au premier ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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>... d'administration » ; b) Dans la première ...</p>	
<p>..... L'autorité compétente de l'Etat peut également suspendre, dans un délai déterminé, les décisions d'un conseil d'administration 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 le conseil d'administration de la caisse nationale ne l'a pas explicitement confirmée ou infirmée et que sa délibération n'est pas devenue définitive conformément à l'article L. 226-4.</p>		<p>... conseil » ; c) Dans la dernière ...</p>	
<p>Art. L. 153-4. - Si les budgets prévus à l'article L. 153-2 n'ont pas été, selon le cas, votés, arrêtés ou délibérés par le conseil d'administration au 1er janvier de l'année à laquelle ils se rapportent, l'organisme national compétent peut établir d'office lesdits budgets. En cas de carence de ce dernier, l'autorité compétente de l'Etat procède elle-même à l'établissement d'office de ces budgets.</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</p>	<p>11° A l'article L. 153-4, les mots : « le conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « conseil ou le conseil d'administration » ;</p>	
<p>Art. L. 153-5. - Si le conseil d'administration d'un organisme de sécurité sociale omet ou refuse d'inscrire aux budgets prévus à l'article</p>		<p>12° A l'article ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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>—</p> <p>d'administration » ;</p>	<p>—</p> <p>... d'administration » ;</p>	<p>—</p>
<p>Art. L. 153-8. - 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>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>13° A l'article ...</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>Il est composé :</p> <p>- d'une part, pour au moins deux tiers, d'administrateurs des caisses primaires 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</p>		<p>14° A l'article L. 183-2, aux troisième et quatrième alinéas, les mots : « d'administrateurs » sont remplacés par les mots : « de membres des conseils » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>mutualité française, désignés dans des conditions fixées par décret ;</p> <p>- d'autre part, d'administrateurs des caisses d'assurance maladie des autres régimes.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 200-3. - 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 général.</p> <p>Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi.</p> <p>Les conseils d'administration des caisses</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>15° A l'article ...</p> <p>... d'administration » ;</p>	

Texte en vigueur

—

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.

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.

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.

Art. L. 216-2. - Dans chaque département où existent plusieurs caisses primaires d'assurance maladie, plusieurs caisses d'allocations familiales ou plusieurs unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, le conseil d'administration de la caisse nationale compétente ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut désigner parmi

Texte du projet de loi

—

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

—

**Propositions de la
commission**

—

16° Dans le premier alinéa de l'article L. 216-2, les mots : « conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « conseil ou le conseil d'administration » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>elles une caisse ou une union habilitée à assumer des missions communes.</p> <p>.....</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>17° Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre VII du titre I^{er} du livre II, les mots : « administrateurs » sont remplacés par les mots : « membres du conseil et les administrateurs » ;</p> <p>18° L'article L. 217-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Au premier alinéa, les mots : « administrateur » sont remplacés par les mots : « membres du conseil ou administrateurs » ;</p> <p>b) Au deuxième alinéa, les mots : « d'administrateur » sont remplacés par les mots : « de membre du conseil ou d'administrateur ».</p>	
<p>Section 2 Dispositions diverses concernant les administrateurs des caisses</p>	<p>Art. L. 217. - L'exercice d'une fonction rémunérée par une caisse est interdit aux anciens administrateurs de ces organismes autres que les représentants du personnel pendant un délai de quatre ans à dater de la cessation de leurs fonctions d'administrateurs .</p> <p>Cette interdiction ne s'applique ni aux salariés des fédérations nationales de caisses de sécurité sociale ou d'allocations familiales, ni aux personnes qui, avant l'exercice de leur mandat d'administrateur, étaient salariés d'un organisme de sécurité sociale.</p> <p>Art. L. 221-1. - La caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a pour rôle :</p> <p>.....</p>	<p>19° L'article L. 221-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) au 4°, après le mot : « maladie », la fin de la phrase est supprimée ;</p>	<p>4°) 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 ;</p> <p>.....</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>7°) de mettre en oeuvre les actions conventionnelles prévues par le 3° de l'article L. 162-6 ;</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 221-5. - 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>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.</p> <p>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.</p> <p>.....</p> <p>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.</p> <p>Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil</p>	<p>9° Aux deuxième, troisième, cinquième et sixième alinéas de l'article L. 221-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p>	<p>b) Au 7°, après le mot : « conventionnelles », la fin de la phrase est supprimée ;</p> <p>20° Aux ...</p> <p>... supprimés ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>—</p> <p>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 » ;</p>	<p>—</p> <p>21° L'article L. 224-1 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : ...</p> <p>... d'administration » ;</p> <p>b) Après les mots : « la qualité », sont insérés les mots : « de membres du conseil ou » ;</p>	<p>—</p>
<p>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.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les règles de constitution de ces commissions et le mode de désignation de leurs membres par les conseils d'administration 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</p>	<p>22° A l'article L. 224-5-2, les mots : « des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des</p>	<p>—</p>
<p>Art. L. 224-5-2. - L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des directeurs » ;</p>	<p>travailleurs salariés et des directeurs » ;</p>	
<p>..... Art. L. 224-9. - Les articles L. 231-5 et L. 281-3 sont applicables aux conseils d'administration de la caisse nationale de l'assurance maladie, 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>12° A l'article L. 224-9, les mots : « aux conseils d'administration de la Caisse nationale d'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>23° A l'article nationale de l'assurance maladie d'administration » ;</p>	
<p>Art. L. 224-10. - Les délibérations 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, 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</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>24° L'article L. 224-10 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, les mots : d'administration » ; b) Au deuxième alinéa, les mots : d'administration » ;</p>	

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

décret en Conseil d'Etat .

Les décisions des conseils d'administration 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 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.

.....

Art. L. 224-12. - Pour l'application des schémas directeurs définis, pour les besoins des organismes locaux en matière d'informatique nationale, par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, ces organismes nationaux peuvent passer, pour leur propre compte et celui de leurs organismes locaux, des conventions de prix assorties de marchés types. Il peut également être recouru à cette procédure pour les autres marchés prévus à l'article L. 124-4 à l'initiative conjointe d'un ou plusieurs organismes locaux et de l'organisme national, après décision de leurs conseils d'administration respectifs. Dans le cadre de cette procédure, les

25° Dans l'avant-dernière phrase de l'article L. 224-12, les mots : « conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « conseils ou conseils d'administration » ;

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>organismes locaux sont alors dispensés du respect des obligations leur incombant en application de l'article L. 124-4.</p>			
<p>Art. L. 226-1. - Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné.</p>		<p>26° L'article L. 226-1 est complété par les mots : « sous réserve des dispositions des premier et deuxième alinéas de l'article L. 222-3-1 » ;</p>	
<p>Art. L. 227-2. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur 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 le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</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>27° L'article L. 227-2 est ainsi modifié :</p> <p>a) Les mots : « d'administration et par le directeur » sont remplacés par les mots : « ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur » ;</p> <p>b) Les mots : « directeur de la Caisse » sont remplacés par les mots : « directeur général de la Caisse » ;</p>	
<p>Art. L. 227-3. - 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</p>		<p>28° L'article L. 227-3 est ainsi modifié :</p>	

Texte en vigueur

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.

Art. L. 228-1. - 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

Texte du projet de loi**Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture**

a) Les mots : « d'administration » sont remplacés par les mots : « ou du conseil d'administration » ;

b) Après les mots : « professionnelles et par le directeur » sont insérés les mots : « général » ;

**Propositions de la
commission**

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>outre composés de représentants des professions et établissements de santé.</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>29° Dans l'avant-dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 228-1, après le mot : « directeur », sont insérés les mots : « général ou le directeur » ;</p>	
<p>.....</p> <p>Le conseil de surveillance 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 le directeur 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>.....</p>		<p>30° Dans l'intitulé du chapitre I^{er} du titre III du livre II, les mots : « aux conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « aux conseils ou aux conseils d'administration » ;</p>	
<p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Dispositions relatives aux conseils d'administration</p>	<p>16° A l'article L. 231-1, le mot : «</p>	<p>31° Dans l'intitulé de la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre II, après le mot : « des » sont insérés les mots : « conseils ou des » ;</p>	
<p>Section 1</p> <p>Composition des conseils d'administration</p>	<p>16° A l'article L. 231-1, le mot : «</p>	<p>32° Dans l'intitulé de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre II, après le mot : « désignation », sont insérés les mots : « des membres du conseil et » ;</p>	
<p>Sous-section 2</p> <p>Règles applicables pour la désignation des administrateurs</p>	<p>16° A l'article L. 231-1, le mot : «</p>	<p>33° A l'article L. 231-1, ...</p>	
<p>Art. L. 231-1. - Une même personne ne peut être administrateur de plusieurs</p>	<p>16° A l'article L. 231-1, le mot : «</p>	<p>33° A l'article L. 231-1, ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>caisses locales, de plusieurs unions de recouvrement ou de plusieurs caisses régionales du régime général de sécurité sociale.</p>	<p>administrateur » est remplacé par les mots : « membre du conseil ou administrateur » ;</p>	<p>... administrateur » ;</p>	
<p>Art. L. 231-2. - Le mandat des membres des conseils d'administration 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>34°A l'article L. 231-2 d'administration » ;</p>	
<p>Art. L. 231-3. - I. - Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration 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>35° L'article L. 231-3 est ainsi modifié : a) Dans le premier alinéa du I, les mots : « d'administration » et les mots : « d'administrateurs » sont respectivement remplacés par les mots : « ou au conseil d'administration » et les mots : « de membres du conseil ou d'administrateurs » ; b) Dans le dernier alinéa du I, les mots : « conseil d'administration » et les mots : « conseils d'administration » sont respectivement remplacés par les mots : « conseil ou au conseil d'administration » et les mots : « conseils et des conseils d'administration » ;</p>	
<p>Les suppléants sont appelés à siéger au conseil d'administration 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 conseils d'administration.</p>			
<p>..... Art. L. 231-4. - En cas de dissolution du conseil d'administration 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</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</p>	<p>36° A l'article ..</p>	<p>... d'administration » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>mandat restant à courir jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des conseils d'administration.</p>	<p>d'administration » ;</p>	<p>37° L'article L. 231-5 est ainsi modifié :</p>	
<p>Art. L. 231-5. - 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>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>a) Au premier alinéa, les mots : « L'administrateur » sont remplacés par les mots : « Le membre du conseil d'administration ou l'administrateur » ;</p>	
<p>En cas de dissolution d'un conseil d'administration, les membres dudit conseil ne peuvent être désignés aux mêmes fonctions avant l'expiration d'un délai de quatre ans.</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>b) Au dernier alinéa, les mots : « d'un conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « d'un conseil ou d'un conseil d'administration » ;</p>	
<p>Art. L. 231-6. - Les membres des conseils d'administration 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>38° A l'article L. 231-6 ...</p>	
<p>Toutefois la limite d'âge de soixante-cinq ans n'est pas applicable aux administrateurs représentants des retraités désignés au titre des personnes qualifiées.</p>	<p>22° A l'article L. 231-6-1, au premier alinéa le mot : « administrateur » est remplacé par les mots :</p>	<p>... administrateurs » ;</p>	
<p>Art. L. 231-6-1. - Ne peuvent être désignés comme administrateur ou perdent le bénéfice de leur mandat :</p>		<p>39° L'article L. 231-6-1 est ainsi modifié : a) Au premier alinéa, le mot : « administrateur » est</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>..... 3° Au conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie, les agents des sections locales de la caisse dont ils assurent une partie des attributions ;</p>	<p>« membre du conseil ou administrateur », et au 3° les mots « d'administration » sont supprimés. » ;</p>	<p>remplacé par les mots : « membre du conseil ou administrateur » ; <i>b)</i> Au quatrième alinéa (3°), les mots : « d'administration » sont supprimés ; <i>c)</i> A l'avant-dernier alinéa, après le mot : « conseil » sont insérés les mots : « ou d'un conseil » ;</p>	<p>.....</p>
<p>Art. L. 231-7. - Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des conseils d'administration des caisses locales, des caisses régionales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du conseil d'administration.</p>	<p>23° A l'article L. 231-7, les mots : « conseils d'administration » et « conseil d'administration » sont respectivement remplacés par les mots : « conseils ou conseils d'adminis-tration » et « conseil ou du conseil d'administration » ;</p>	<p>40° A l'article ...</p>	<p>... d'administration » ;</p>
<p>..... Art. L. 231-8. - Le conseil 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>24° A l'article L. 231-8, les mots : « conseil d'administration » sont remplacés par les mots : « conseil ou le conseil d'administration » ;</p>	<p>41° A l'article ...</p>	<p>... d'administration » ;</p>
<p>Art. L. 231-8-1. - Le conseil d'administration 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>42° L'article L. 231-8-1 est ainsi modifié :</p>	<p><i>a)</i> Dans la première phrase du deuxième alinéa, le mot : Il » est remplacé par les mots : « Le conseil ou le conseil d'administration » ;</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</p>	<p>.....</p>	<p><i>b)</i> Dans la dernière phrase du deuxième alinéa, les mots : « d'administration » sont remplacés par les mots : « ou du conseil d'administration » ;</p>	<p><i>c)</i> Dans la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « conseil » sont insérés les mots : « ou le conseil » ;</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p><i>d)</i> Dans la dernière</p>	<p>.....</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, un rapport sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. Cette séance est publique.</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>phrase du dernier alinéa, les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p> <p>43° A l'article ...</p> <p>... salariés » ;</p>	
<p>Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action. Le conseil d'administration des caisses primaires d'assurance maladie entend au moins deux fois par an les représentants des professions de santé.</p>			
<p>Art. L. 231-9. - Les employeurs sont tenus de laisser aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil d'administration 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>Le temps passé hors de l'entreprise pendant les heures de travail par les administrateurs salariés 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 administrateurs salariés, justifiées par l'exercice de</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>leurs fonctions, n'entraînent aucune diminution de leurs rémunérations et des avantages y afférents.</p>			
<p>Les administrateurs salariés, 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>..... Art. L. 231-10. - Les employeurs sont tenus d'accorder aux salariés de leur entreprise, membres d'un conseil d'administration 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>44° A l'article d'administration » ;</p>	
<p>Les organismes de sécurité sociale peuvent assurer, dans des conditions prévues par décret, le financement de la formation des membres des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale pour les préparer à l'exercice de leurs fonctions.</p>			
<p>Art. L. 231-11. - L'exercice du mandat d'administrateur 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>45° A l'article salarié » ;</p>	
<p>Le licenciement par l'employeur d'un salarié exerçant le mandat d'administrateur 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</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>travail. Il en est de même du licenciement des candidats aux mandats d'administrateur dès la publication des candidatures et pendant une durée de trois mois.</p>			
<p>Lorsque l'administrateur salarié 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>..... Art. L. 231-12. - Les organismes de sécurité sociale ne peuvent, en aucun cas, allouer un traitement à leurs administrateurs. Toutefois, ils leur remboursent leurs frais de déplacement.</p>	<p>29° A l'article L. 231-12, sont 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>46° A l'article L. 231-12, les mots : « administrateurs » sont remplacés, à trois reprises, par les mots : « membres du conseil ou administrateurs » ;</p>	
<p>Ils remboursent également aux employeurs des administrateurs salariés 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 administrateurs 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>Art. L. 251-2. - La caisse nationale de l'assurance maladie assure l'équilibre financier de la gestion des assurances maladie, maternité, invalidité, décès dans les conditions</p>	<p>30° Les articles L. 251-2, L. 251-3 et L. 251-4 sont abrogés ;</p>	<p>47° Les articles L. 251-2 et L. 251-3 sont abrogés ;</p>	

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

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.

Art. L. 251-3. - 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.

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.

Art. L. 251-4. - 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.

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.

En cas de carence du conseil d'administration, les

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>autorités compétentes de l'Etat le mettent en demeure de prendre les mesures de redressement nécessaires.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</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>Art. L. 262-1. - 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 d'administration 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>48° Au premier alinéa de l'article L. 252-1, les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p>	
<p>Art. L. 272-1. - Sont passibles d'une amende de 3750 € et d'un emprisonnement de six mois les administrateurs, directeurs ou agents de tous les organismes de sécurité sociale en cas de fraude ou de fausse déclaration, dans l'encaissement ou dans la gestion, le tout sans préjudice</p>		<p>49° A l'article supprimés.</p>	
		<p>50° A l'article L. 272-1, le mot : « administrateurs » est remplacé par les mots : « membres du conseil ou les administrateurs » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>de plus fortes peines, s'il y échet.</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>51° A l'article d'administration » ;</p>	
<p>Art. L. 281-2. - En cas de carence du conseil d'administration 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 du conseil d'administration 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>.....</p> <p>Art. L. 281-3. - L'autorité compétente de l'Etat peut :</p> <p>1° en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence du conseil d'administration d'une caisse d'allocations familiales ou d'une caisse primaire ou régionale d'assurance 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</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>	<p>52° Aux deuxième et troisième alinéa de l'article L. 281-3, les d'administration » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>membres du conseil d'administration, révoquer ceux-ci, après avis dudit conseil.</p>	<p>34° A l'article L. 281-5, les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p>	<p>53° A l'article supprimés.</p>	
<p>Art. L. 281-5. - L'autorité compétente de l'Etat arrête, après avis du conseil d'administration 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>35° A l'article L. 281-6, les mots : « d'administration » sont supprimés pour la caisse nationale de l'assurance maladie.</p>	<p>54° Au dernier alinéa du V de l'article L. 281-6, après les mots : cas, le conseil », les mots : « d'administration » sont supprimés ;</p>	
<p>Art. L. 281-6. - Dans ce dernier cas, le conseil d'administration 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>TITRE III</p>	<p>TITRE III</p>	<p>TITRE III</p>
<p>LIVRE I^{er} Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE III Dispositions communes</p>	<p>DISPOSITIONS RELATIVES À U FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE</p>	<p>DISPOSITIONS RELATIVES À U FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE</p>	<p>DISPOSITIONS RELATIVES À U 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>Article 39</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 ainsi rédigé : « Mesures visant à garantir</p>	<p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">—</p> <p>relatives au financement</p>	<p align="center">—</p> <p align="center">« <i>CHAPITRE I^{ER} BIS</i> <i>« Mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale</i></p>	<p align="center">—</p> <p>les ressources de la sécurité sociale ». <i>Alinéa supprimé</i></p>	<p align="center">—</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p>
<p align="center">CHAPITRE I^{ER} BIS Prise en charge par l'Etat de certaines cotisations de sécurité sociale</p> <p>Art. L. 131-7. - Toute mesure d'exonération, totale ou partielle, 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. Cette compensation s'effectue sans préjudice des compensations appliquées à la date d'entrée en vigueur de ladite loi.</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 mots : « de réduction ou » et les mots : « , totale ou partielle, » sont supprimés ;</p> <p>2° Il est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« La règle définie au premier alinéa s'applique également :</p> <p>« 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 ;</p> <p>« 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 précitée.</p> <p>« A compter de la date</p>	<p>II. - Non modifié</p>	<p>1° Non modifié</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>«1° A toute affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement et instituée maladie ;</p> <p>« 2° Alinéa sans modification</p> <p>« A compter ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 311-3. - 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 l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p style="text-align: center;">Code du travail</p> <p>Art. L. 324-12. - Les infractions aux interdictions mentionnées à</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>de publication de la loi n° du précitée, 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 style="text-align: center;">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> <p style="text-align: center;">Article 40</p> <p>I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 26° Les personnes mentionnées au 2° de l'article L. 781-1 du code du travail. ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">III. - Non modifié</p> <p style="text-align: center;">Article 40</p> <p>I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 26° ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 26° Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">... l'Etat et les régimes et organismes mentionnés au 1° donne lieu à compensation intégrale entre <i>lesdits</i> régimes ou organismes et le budget de l'Etat.</p> <p style="text-align: center;">III. - Non modifié</p> <p style="text-align: center;">Article 40</p> <p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>II. - L'article L. 324-12 du code du travail est ainsi modifié:</p>	<p>II. - Non modifié</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>
<p>..... A l'occasion de la mise en oeuvre de ces pouvoirs, ils peuvent se faire présenter :</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>1° <i>Le troisième alinéa est complété par les mots : « et obtenir copie immédiate des documents suivants, quels que soient leur forme ou leur support » ;</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</p>			<p>2° Au dernier alinéa, les mots : « Les agents agréés susmentionnés des organismes de sécurité sociale et des caisses de mutualité sociale agricole et les agents de la direction</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>générale des impôts sont en outre habilités à entendre, en quelque lieu que ce soit et avec son consentement, toute personne rémunérée par l'employeur ou par un travailleur indépendant afin de connaître 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>2° Au dernier alinéa, après les mots : « toute personne rémunérée », sont insérés les mots : « , ayant été rémunérée ou présumée être ou avoir été rémunérée » ;</p>		<p><i>générale des impôts » sont remplacés par les mots : « Les agents cités au premier alinéa » et, après les mots : « toute personne rémunérée » sont insérés les mots : « , ayant été rémunérée, présumée être ou avoir été rémunérée » ;</i></p>
<p>Art. L. 324-14. - 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</p>	<p>3° Le dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :</p>		<p>3° Non modifié</p>
	<p>« 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>	<p>III. - Non modifié</p>	<p>III. - Non modifié</p>
	<p>III. - Le premier alinéa de l'article L. 324-14 du même code 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>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>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>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 136-2. - 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 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>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>Article 41</p> <p>I. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 5 % » est remplacé par le pourcentage : « 3 % ».</p>	<p>Article 41</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Article 41</p> <p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 136-8. - 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>II. - L'article L. 136-8 du même code est ainsi modifié :</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 du même article. » ;</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</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>« 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>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Sont ...</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« 1° Sont ...</p>
<p>.....</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>... L. 136-2 pour les contribuables imposés à l'année n-2 ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>... L. 136-2 ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part</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</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>3° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 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>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> <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>Alinéa sans modification</p> <p>« 3° A la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie visée à l'article L. 232-21 ...</p> <p>... 0,1 % ;</p> <p>« 4° Aux ...</p> <p>... L. 139-1 du présent code, pour la part correspondant à un taux :</p> <p>« a) Sous ...</p> <p>... pour les contributions mentionnées au 1° du I ;</p> <p>« b) De 7,25 % pour les contributions mentionnées au 3° du I ;</p> <p>« c) De 5,95 % pour les contributions mentionnées au 2° du I ;</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Art. L. 136-7-1. - III. - Il est institué une contribution sur le produit brut de certains jeux réalisé 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>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 l'article 69-20 de l'arrêté du 23 décembre 1959 portant réglementation des jeux dans les casinos.</p>	<p style="text-align: center;">—</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>III. - Au deuxième alinéa du III de l'article L. 136-7-1 du même code, les taux de : « 7,5 % » et « 10 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 9,5 % » et : « 12 % ».</p> <p>IV. - Les dispositions du I sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2005. Les dispositions du II et III sont applicables : 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 ; 2° En ce qui concerne la contribution mentionnée à</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>III. - Non modifié</p> <p>IV. - Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. - Non modifié</p> <p>IV. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. L. 245-5-2. - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos au titre :</p> <p>.....</p> <p>Le taux de la contribution est fixé à 5 %.</p>	<p>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 du même 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, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2004 ;</p> <p>5° En ce qui concerne 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>	<p>Article 42</p>	<p>Article 42</p>
	<p>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>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Texte en vigueur**Texte du projet de loi****Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture****Propositions de la
commission**

Art. L. 245-2. -

.....
 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.

Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

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

II. - Dans le tableau du III de l'article L. 245-2 du même code, les taux : « 16 », « 21 », « 27 » et « 32 » sont respectivement remplacés par les taux : « 20 », « 29 », « 36 » et « 39 ».

II. - Non modifié

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—</p> <hr/> <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>III. - Les dispositions des I et II s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1^{er} décembre 2005.</p> <p style="text-align: center;">Article 43</p> <p>I. - 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="text-align: center;"><i>« Section 2 bis « Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. L. 245-6-1. - Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'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</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 43</p> <p>I. A (<i>nouveau</i>). - L'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale devient l'article L. 245-5-1 A du même code ;</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Division et intitulé sans modification</p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. L. 245-6. - Il ...</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 43</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>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>« 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 aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 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 remboursées sur la base d'un tarif arrêté en application de l'article L. 162-16 du même code. 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 %. 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. La contribution est exclue des</p>	<p>—</p> <p>... collectivités.</p> <p>« La ...</p> <p>... d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code. Le ...</p> <p>... entreprises.</p> <p>« Le ...</p> <p>... 0,525 %. La contribution est exclue ...</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 138-20. - 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 peuvent recueillir auprès des assujettis aux contributions tous</p>	<p>—</p> <p>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 présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>II. - A l'article L. 138-20 du même code, la référence : « et L. 245-5-1 » est remplacée par les références : « L. 245-5-1 et L. 245-6-1 ».</p>	<p>—</p> <p>... sociétés.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. - A ...</p> <p>... « L. 245-5-1 et L. 245-6 ».</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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 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 réalisé au cours de l'année 2005 dont l'acompte sera payé au plus tard le 15 avril 2005.</p>	<p>III. - Les ...</p> <p>... l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale réalisé ...</p> <p>... 2005.</p>	<p>Article 44</p> <p>I. - Non modifié</p>
<p>Section 3 Cotisation sur les boissons alcooliques</p>	<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>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>Article 44</p> <p>I. - Non modifié</p>
	<p>Article 44</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>Article 44</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Section 4 « Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés</p> <p>« Art. L. 245-13. - Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés prévue</p>	<p>« Section 4 « Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés</p> <p>« Art. L. 245-13. - Il ...</p> <p>... solidarité à la charge des sociétés ...</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>Art. L. 241-2. - Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p>	<p>—</p> <p>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 % . »</p> <p>II. - L'article L. 241-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 3° Le produit de la contribution 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>—</p> <p>... solidarité à la charge des sociétés. Son taux est de 0,03 % . »</p> <p>II. - L'article L. 241-2 du même code est complété par un 3° ainsi rétabli :</p> <p>« 3° Le ...</p> <p>... solidarité à la charge des sociétés, prévue par l'article L. 245-13. »</p> <p>III. - Les ...</p> <p>... solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2005.</p>	<p>—</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>III. - Non modifié</p> <p><i>III bis (nouveau). - L'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</i></p> <p><i>« Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires, selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
—	—	—	—
	<p>IV. - Les modalités du prélèvement visé à cet article et des dispositions prévues à l'article 40 seront réexaminées sur la base d'un rapport remis au Parlement avant le 31 décembre 2007 portant sur le financement de l'assurance maladie.</p> <p>Article 45</p>	<p>IV. - Les modalités des prélèvements visés à l'article L. 245-13 du code de la sécurité sociale et à l'article 41 de la présente loi seront réexaminées sur la base d'un rapport du Gouvernement remis ... maladie.</p> <p>Article 45</p> <p>I (nouveau). - La part des recettes de la branche maladie supérieure aux dépenses de la branche est affectée prioritairement, dans les conditions prévues par une loi de financement de la sécurité sociale, à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.</p>	<p>par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.</p> <p>« Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2. »</p> <p>III ter (nouveau). - Les deux derniers alinéas de l'article L. 651-5-1 du même code sont abrogés.</p> <p>IV. - Non modifié</p> <p>Article 45</p> <p>I. - Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p align="center">—</p> <p>Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</p>	<p align="center">—</p> <p>L'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifiée :</p>	<p align="center">—</p> <p>II. - L'ordonnance ...</p>	<p align="center">—</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p>
<p>Art. 1^{er}. - Il est créé, à compter du 1^{er} janvier 1996 et pour une durée de dix-huit ans et un mois, 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>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 l'extinction des missions mentionnées à l'article 4 » ;</p>	<p>... modifiée :</p>	<p>1° Non modifié</p>
<p>Art. 2. - 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>2° L'article 2 est ainsi rédigé :</p>	<p>1° Non modifié</p>	<p>2° Non modifié</p>
<p>Art. 4. -</p>	<p>« 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>2° Non modifié</p>	<p>2° Non modifié</p>
<p>.....</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, 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</p>	<p>3° A l'article 4, il est inséré après le II un II <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	<p>3° Après le II de l'article 4, il est inséré un II <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>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>Alinéa sans modification</p>	<p>« II <i>bis.</i> . - La couverture ...</p>
<p>Art. 7. - 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 définies aux I et II de l'article 4.</p>	<p>4^o Au premier alinéa de l'article 7, les mots : « définies aux I et II » sont remplacés par les mots : « définies aux I, II et II <i>bis</i> » ;</p>	<p>4^o Non modifié</p>	<p>... limite de 16 milliards ...</p> <p>... code. » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>Art. 14. - 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° du III de l'article 15 ci-après, perçus du 1^{er} février 1996 au 31 janvier 2014 par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même code.</p>	<p>5° Au I de l'article 14, les mots : « perçus du 1^{er} février 1996 au 31 janvier 2014 » sont remplacés par les mots : « perçus à compter du 1^{er} février 1996 » ;</p>	<p>5° Non modifié</p>	<p>5° Au I de l'article 14, les mots : « au 31 janvier 2014 » sont remplacés par les mots : « <i>jusqu'à l'extinction des missions prévues à l'article 2</i> » ;</p>
<p>Art. 15. - 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 ; celle due en 2014 est assise sur un douzième des revenus de l'année 2013.</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° Non modifié</p>	<p>6° Non modifié</p>
<p>III. - 1° Les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère perçus à compter du 1^{er} février 1996 et jusqu'au 31 janvier 2014 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</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° Non modifié</p>	<p>7° Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>170 du code général des impôts mentionne distinctement les revenus concernés ;;</p>			
<p>Art. 16. - I. - II est institué, à compter du 1^{er} février 1996 et jusqu'au 31 janvier 2014, 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^o et 4^o du II ci-après. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au II du même article.</p>			
<p>..... IV. - Les revenus de placement visés au II, acquis ou en ce qui concerne les placements visés du 3^o au 9^o 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>8^o Le IV de l'article 16 est abrogé ;</p>	<p>8^o Non modifié</p>	<p>8^o Non modifié</p>
<p>Art. 17. - I. - II est institué, à compter du 1^{er} février 1996 et jusqu'au 31 janvier 2014, une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité soumises à la taxe prévue par les articles 150 V bis et 150 V quater du code général des impôts et réalisées par les personnes désignées au I de l'article 14.</p>	<p>9^o Au I de l'article 17, les mots : « et jusqu'au 31 janvier 2014 » sont supprimés ;</p>	<p>9^o Non modifié</p>	<p>9^o Non modifié</p>
<p>..... Art. 18. - I. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction</p>	<p>10^o Au I de l'article 18, les mots : « et antérieurs au 31 janvier 2014 » sont supprimés ;</p>	<p>10^o Non modifié</p>	<p>10^o Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>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 et antérieurs au 31 janvier 2014. Cette fraction est égale à 58 p. 100 des sommes mises.</p> <p>.....</p>	<p>—</p> <p>11° Aux II et III de l'article 18, les mots : « et le 31 janvier 2014 » sont supprimés.</p>	<p>—</p> <p>11° Non modifié</p>	<p>—</p> <p>11° Non modifié</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 et le 31 janvier 2014. Cette fraction est égale à 70 p. 100 des sommes engagées.</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° Non modifié</p>	<p>11° Non modifié</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 et le 31 janvier 2014, 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>	<p>11° Aux II et III de l'article 18, les mots : « et le 31 janvier 2014 » sont supprimés.</p>	<p>11° Non modifié</p>	<p><i>Article additionnel après l'article 45</i></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° Non modifié</p>	<p><i>La dette de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations, imputable aux</i></p>

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Texte adopté par
l'Assemblée nationale en
première lecture

—

Propositions de la
commission

—

déficits cumulés de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et constatée au 31 décembre 2004, est transférée à l'État, dans la limite de 9 milliards d'euros, dans des conditions prévues par la loi de finances pour 2005.

*Article additionnel
après l'article 45*

Dans des conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale et par la loi de finances pour 2008, sont respectivement perçues :

1° au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, une fraction supplémentaire à hauteur de 1,5 milliard d'euros du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;

2° au profit du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale, une fraction à hauteur de 1,5 milliard d'euros du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts.