

N° 127

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1992 · 1993

Annexe au procès verbal de la séance du 16 décembre 1992.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi,
ADOPTÉ AVEC MODIFICATIONS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, EN
NOUVELLE LECTURE, relatif aux relations entre les professions de
santé et l'assurance maladie,

Par M. Charles DESCOURS,

Senateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Pierre Fourcade, président ; Jacques Bimbenet, Claude Huriet, Franck Seruaclet, Louis Souvet, vice présidents ; Mme Marie Claude Beaudou, M. Charles Descours, Mme Marie Madeleine Diawlengard, MM. Roger Lise, secrétaires ; Louis Althapé, José Belarollo, Henri Bekour, Jacques Brelaki, Paul Blanc, Marc Boeuf, André Buhl, Eric Buyer, Louis Boyer, Louis Brives, Jean Pierre Cantagrit, Jean Chermus, Jean Paul Delevoye, François Deiga, Mme Michelle Demossine, MM. Jean Dumont, Leon Fatras, Jean Faure, Alfred Foy, Mme Jacqueline Froyser Casalis, MM. Roland Huguet, André Jourdain, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Leebrou, Simon Louckhote, François Lowsay, Pierre Louvat, Jacques Machet, Jean Madelain, Philippe Merini, Charles Metzinger, Mme Helène Mizaoffe, MM. Georges Mouly, Louis Philibert, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Bernard Seillier, Pierre Christian Taittinger, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (1^{er} legs) : Première lecture : 2729, 2746 et T.A. 651.

Commission mixte paritaire : 2835

Nouvelle lecture : 2826, 2842 et T.A. 743.

Sénat : Première lecture : 393, 419 et T.A. 159 (1991-1992).

Commission mixte paritaire : 454 (1991-1992).

Nouvelle lecture : 78 (1992-1993).

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
AUDITION DU MINISTRE	5
EXAMEN EN COMMISSION	7
INTRODUCTION	11
I - Une longue série de renoncements	14
A. Le projet présenté au Sénat au mois de juin : une régulation comptable et administrée des dépenses de santé	14
1. Une logique autoritaire : l'entrée de l'Etat dans le système de régulation, en amont des mécanismes conventionnels ..	15
2. Une logique de maîtrise de la totalité de la dépense de santé, englobant notamment les dépassements d'honoraires	15
B. Les amendements gouvernementaux déposés en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale : une méthode "à la Janus"	16
1. L'introduction de mécanismes de régulation médicalisée	16
2. ... qui se superposent aux mécanismes de régulation comptable	17
C. L'abandon définitif de la logique comptable	18
1. La suppression de l'article premier du projet	18
2. La mise en oeuvre de garanties protégeant le secret médical	18
II - Le projet de loi définit des instruments nécessaires à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé	20
A. Une conviction : donner le "juste soin" permettra de maîtriser les dépenses de santé	20
1. Notre système de santé génère de nombreux gaspillages	21
2. Soigner mieux, ce sera soigner moins cher	21
B. De nouveaux instruments : le codage des actes et des pathologies	22
C. La définition de "références médicales opposables" aux médecins : une manifestation de l'esprit de responsabilité des professionnels de santé	24

	Pages
	-
III - Un texte lacunaire, qui s'intègre dans un dispositif de maîtrise des dépenses de santé incohérent	26
A. Un texte lacunaire	26
B. Un dispositif propre aux médecins qui s'intègre mal dans l'ensemble des mécanismes de maîtrise de dépense de santé	27
C. Le texte révèle une approche partielle de la problématique de la maîtrise des dépenses de santé	28
1. Du côté de l'offre	28
2. Le dispositif prévu par le projet de loi néglige toute tentative de régulation de la demande de soins	29
EXAMEN DES ARTICLES	31
<i>Art. 2</i> : Contenu de la convention nationale des médecins	31
<i>Art. 3</i> : Modalités d'entrée en vigueur et champ d'application de la convention nationale des médecins	32
<i>Art. 4</i> : Dispositif de maîtrise médicalisée	33
<i>Art. 6</i> : Organisation des unions	34
<i>Art. 7</i> : Election des membres des unions	35
<i>Art. 7 bis</i> : Echelon départemental des unions	36
<i>Art. 8</i> : Missions des unions	36
<i>Art. 9</i> : Financement des unions	37
<i>Art. 10</i> : Dispositions d'application	37
<i>Art. 11</i> : Adaptation aux centres de santé	38
<i>Art. 12</i> : Suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales des médecins, chirurgiens-dentistes	38
<i>Art. 13</i> : Régime social des médecins admis en secteur promotionnel	38
<i>Art. 15</i> : Règlement de certains litiges	39
<i>Art. 16</i> : Dispositions relatives au codage des actes et des pathologies	39
<i>Art. 17</i> : Validation de dispositions prises en application de la convention du 9 mars 1990	40
TABLEAU COMPARATIF	43

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I - AUDITION DU MINISTRE

Réunie le mardi 8 décembre 1992, sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'audition de M. René Teulade, ministre des affaires sociales et de l'intégration, sur le projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a d'abord rappelé la situation juridique complexe qui entoure l'examen du projet de loi ; celui-ci avait fait l'objet d'une première navette entre les deux Assemblées au cours de la session de printemps, qui s'était soldée par un échec en commission mixte paritaire. Le projet qui vient en examen au Sénat en cette fin de session a vu son esprit profondément modifié par le Gouvernement, qui a déposé une série d'amendements dont la rédaction tient compte du nouvel accord avec les professions de santé intervenu le 14 octobre 1992. Le président de la commission a souligné que ce texte était essentiel mais tardif dans la session.

M. René Teulade, ministre, a demandé aux membres de la commission de lui donner acte du fait qu'il n'était pas obstiné. Il a voulu démontrer sa volonté de tenir compte des débats qui ont eu lieu à l'Assemblée nationale et au Sénat, après avoir constaté, d'une part, une très forte opposition au texte initialement proposé, et, d'autre part, le consensus réalisé sur la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé. Il n'est plus possible en effet d'utiliser les mêmes méthodes que celles qui ont prévalu pendant vingt ans. Il existe un seuil difficilement franchissable en matière d'évolution des cotisations sociales et la méthode qui consiste à diminuer les prestations frappe en premier lieu les personnes les plus vulnérables. Il faut pourtant trouver une solution au fait que les dépenses de santé augmentent en France environ deux fois plus rapidement que dans les pays voisins. Le ministre a donc procédé à des consultations professionnelles, afin de savoir comment optimiser l'utilisation des ressources, et aboutir à une maîtrise des dépenses qui ne soit pas exclusivement fondée sur des critères économiques (c'est-à-dire une maîtrise médicalisée, mais qui conduise au bout du compte à une maîtrise économique des dépenses de santé). Un accord en a résulté, sans contrainte.

Il revêt trois caractéristiques essentielles : une maîtrise médicalisée et décentralisée, dont la gestion est assurée par les professionnels de santé et les caisses, qui comporte l'institution du codage des actes. Le ministre a précisé que le projet d'article premier, supprimé par l'Assemblée nationale, était sans portée juridique et

avait un intérêt déclaratif. Malgré son attachement à ce dispositif, il a accepté sa suppression, afin d'éviter le rejet de l'ensemble du texte.

M. René Teulade a estimé qu'il ne fallait pas attendre de résultats immédiats de l'adoption du texte, dans la mesure où la négociation conventionnelle, dont il constituera un cadre, suivrait son cours.

Il a constaté qu'une disposition correspondant à la volonté des infirmières a été supprimée à l'Assemblée nationale, et affirmé qu'il ne verrait que des avantages à sa réintroduction.

M. Charles Descours, rapporteur, a justifié le vote d'une question préalable en première lecture au Sénat. Le texte aujourd'hui soumis à la Haute Assemblée est bien différent, et va dans le sens d'une maîtrise médicalisée à la suite de la suppression de l'article premier et donc des seules références comptables.

Il a ensuite interrogé le ministre sur le fondement du choix de la région comme cadre des unions professionnelles, sachant que les contrats locaux de maîtrise des dépenses de santé seront mis en oeuvre dans chaque circonscription de caisse, et que les départements disposent également de compétences qui intéressent la maîtrise des dépenses de santé (personnes âgées, protection maternelle et infantile (P.M.I.)). Il a demandé au ministre comment s'effectueraient l'articulation entre les différents niveaux, et a souligné les probables disparités de la régulation des dépenses entre des régions telles que la région parisienne et d'autres régions moins peuplées et dont la densité médicale est très faible.

Le rapporteur a également demandé au ministre pourquoi n'avaient pas été instituées des unions professionnelles représentatives de l'ensemble des professions de santé intéressées, à juste titre, par la maîtrise des dépenses, et s'est interrogé sur la justification du principe selon lequel les candidats aux élections des unions professionnelles pourraient appartenir à un syndicat non représentatif au plan national.

Le codage a également constitué une des interrogations majeures du rapporteur, notamment en ce qui concerne les garanties entourant la collecte et la transmission des codes par pathologie. Il a ainsi demandé au ministre si un système de double transmission ne pourrait pas être envisagé, de telle sorte que le malade ne puisse pas systématiquement prendre conscience de la pathologie diagnostiquée par le médecin. Il a enfin questionné le ministre sur l'articulation du dispositif avec les conférences sanitaires de secteur.

En réponse au rapporteur, M. René Teulade, ministre, a rappelé que le choix de l'échelon régional était le résultat d'un accord entre les syndicats médicaux et qu'il ne souhaitait donc pas le remettre en cause. En outre, le projet de loi laisse toute latitude aux unions professionnelles pour s'organiser au niveau départemental si elles le souhaitent.

S'agissant de la représentativité des syndicats, le ministre a rappelé qu'une enquête était en cours et que le système prévu permettait de ménager quelques ouvertures. Il a souhaité dédramatiser les problèmes posés par le codage. Il a rappelé que,

d'ores et déjà, les agents des caisses qui traitent les feuilles de soins peuvent faire le rapprochement entre certains traitements ou prescriptions et l'affection dont souffre le malade, et cette situation n'est pas à l'origine de difficultés particulières. En outre, la constitution d'un comité d'experts avant sa mise en oeuvre apportera toutes les garanties. Enfin, le ministre a évoqué la prochaine mise en place de la carte de santé, en indiquant que cette dernière comporterait en mémoire les références des bilans de santé déjà effectués et contribuerait également à la maîtrise des dépenses de santé.

En réponse à M. Jean Chérioux qui lui avait demandé comment les médecins pourraient être protégés contre "l'appétit" des malades qu'une seule régulation par l'offre de soins ne peut éliminer, le ministre a répondu que s'affirmerait la notion de "prescription raisonnable" et que le nomadisme médical auquel faisait référence M. Jean Chérioux était limité.

A Mme Jacqueline Fraysse-Cazalis, qui lui demandait la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions, M. René Teulade a répondu que le codage des actes serait mis en place au début de l'année 1993 ; quant au codage des pathologies, le délai de mise en oeuvre dépendrait du comité d'experts, et serait approximativement de deux ou trois ans.

M. Alain Vasselle a ensuite interrogé le ministre sur le point de savoir si le dispositif n'était pas un premier pas vers l'institution de "quotas" pour les médecins. Le ministre lui a répondu qu'il s'agissait simplement de maîtriser une évolution.

M. Jean-Paul Delevoye a alors souligné que les dépenses de santé étaient non seulement à la charge des caisses, mais étaient également supportées par les départements et les communes, de plus en plus sollicités.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, a interrogé le ministre sur le point de savoir si des amendements relatifs à la dépendance des personnes âgées seraient déposés sur le projet de loi relatif au fonds de solidarité retraite actuellement en instance à l'Assemblée nationale.

La réponse du ministre étant positive, un débat très vif s'est alors engagé, au cours duquel M. Jean-Pierre Fourcade, soutenu par une large majorité de la commission, a affirmé qu'il n'était pas possible d'instituer en quelques jours un dispositif qui conduirait à des transferts de charges de plusieurs milliards de francs.

II. EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mardi 15 décembre 1992, sous la présidence de M. Jacques Rimbenet, vice-président, la commission a procédé à l'examen en nouvelle lecture du rapport de M. Charles Descours sur le projet de loi, adopté avec modifications par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

M. Charles Descours, rapporteur, a d'abord rappelé que la discussion de ce projet de loi intervenait dans un contexte difficile pour la sécurité sociale, pour les malades qui doivent faire face au désengagement de l'assurance maladie et de l'Etat, et pour les médecins dont le pouvoir d'achat n'a pas évolué, loin s'en faut, parallèlement à l'évolution des dépenses de santé.

Il a rappelé que, depuis deux ans, le Gouvernement a tenté de mettre en place un dispositif de maîtrise des dépenses que l'on peut qualifier d'incohérent ; fondé sur une logique comptable, il tend à faire travailler les professions de santé à rendements décroissants.

Il a montré comment, au terme d'un long processus de renoncement, le Gouvernement a vu sa méthode de régulation administrée et comptable tenue en échec pour les médecins, à la suite de la question préalable votée par le Sénat le 24 juin 1992, de l'annulation par le Conseil d'Etat, le 10 juillet 1992, de l'arrêté approuvant la convention médicale et du débat intervenu à l'Assemblée nationale le 1er décembre 1992.

Il a ensuite expliqué que le projet aujourd'hui soumis au Sénat mérite un examen attentif, dans la mesure où il met en place trois instruments d'une maîtrise médicalisée des dépenses, que la majorité sénatoriale a toujours défendue avec vigueur. Il s'agit du codage des actes et des pathologies et de la définition de références médicales opposables aux médecins ; désormais, la régulation du système se fera, non pas à travers des taux comptables, mais par rapport à des exigences de qualité des soins définies par la profession.

Le rapporteur a ensuite indiqué à la commission qu'il convenait d'amender le texte afin de préciser sa rédaction et de favoriser la concertation entre l'ensemble des professions de santé concernées par le projet de loi.

La commission a approuvé le rapport de M. Charles Descours, rapporteur. Après les interventions de MM. Franck Sérusclat, Marc Boeuf, Jean Chérioux et de Mme Marie-Madeleine Dieulangard, M. Charles Descours, rapporteur, a rappelé que le Gouvernement et la majorité à l'Assemblée nationale étaient à l'origine de la suppression de l'article premier qui faisait référence à une régulation par des taux.

A l'article 2, qui définit de nouvelles compétences conventionnelles, la commission a adopté trois amendements tendant à préciser la réduction du texte proposé.

L'article 3, relatif au régime d'entrée en vigueur et au champ d'application des annexes conventionnelles, a été adopté conforme.

A l'article 4, qui définit le contenu de l'annexe annuelle, la commission a adopté deux amendements visant à associer l'ensemble des professions de santé à l'élaboration de certains objectifs prévisionnels et des références médicales.

La commission a alors procédé à l'examen de l'article 6 qui crée des unions de médecins exerçant à titre libéral. M. André Bohl s'est inquiété du fait que les médecins devraient verser une

contribution financière au fonctionnement des unions. Le rapporteur a alors affirmé que si les médecins ne prennent pas la responsabilité de la maîtrise médicalisée des dépenses, l'Etat et les caisses assureront la régulation d'une manière administrée et comptable. La commission a adopté un amendement supprimant les deux collèges institués par le projet pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, M. Charles Descours, rapporteur, ayant précisé qu'il souhaitait entendre les explications du Gouvernement sur ce point.

A l'article 7, la commission a adopté trois amendements, tendant d'une part à conférer la qualité d'électeur et l'éligibilité à l'ensemble des médecins libéraux et à harmoniser la rédaction de cet article avec celle de l'article précédent.

L'article 8, qui définit les missions des unions professionnelles, a été adopté sans modification.

L'article 9 et l'article 10, relatifs aux modalités de fonctionnement des unions, ont été adoptés conformes.

A l'article 11, qui prévoit que les mécanismes de maîtrise des dépenses seront appliqués aux centres de santé, la commission a adopté un amendement rédactionnel qui prend en considération la suppression par l'Assemblée nationale de l'article 10 bis relatif à la convention des infirmières.

Elle a également amendé dans le même sens l'article 12 relatif à la protection sociale des médecins.

L'article 13, qui détermine les principes d'affiliation et le calcul des cotisations des médecins bénéficiant de majorations d'honoraires, a été adopté sans modification.

L'article 15, déterminant la juridiction compétente pour certains litiges relatifs à l'application de la convention, a été amendé pour prendre en considération la suppression de l'article 10 bis par l'Assemblée nationale.

La commission a adopté deux amendements à l'article 16 afin de préciser, d'une part que les mesures d'organisation et de coordination que peuvent prendre les caisses pour la collecte et la gestion des informations résultant du code sont internes à ces régimes et, d'autre part, que le codage des pathologies ne pouvait être assimilé à celui des pathologies diagnostiquées, en l'absence d'explications supplémentaires du Gouvernement sur ce point.

La commission a enfin adopté un amendement à l'article 17 tendant à repousser la date jusqu'à laquelle les actes pris en application de la convention du 9 mars 1990 seront validés.

Mesdames, Messieurs,

La discussion au Sénat, en nouvelle lecture, du projet de loi relatif aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, qui intervient six mois après que le Sénat a rejeté le projet initial en première lecture par le vote d'une question préalable, va se dérouler dans un contexte critique à la fois pour l'assurance maladie, les malades et les médecins.

En 1991, le besoin cumulé de financement de la sécurité sociale a atteint 17,5 milliards de francs. Les prévisions initiales pour 1992 estimaient qu'un nouveau déficit de 7,6 milliards de francs viendrait s'y ajouter.

Il est probable que le montant effectif du déficit sera voisin du double de la somme prévue, conséquence directe du tassement de la masse salariale qui affecte l'économie française sans qu'aucun signe de reprise vienne éclaircir ces moroses perspectives.

Les assurés sociaux doivent, pour leur part, faire face au désengagement de la sécurité sociale et de l'État qui s'est traduit par une dégradation notable du taux de couverture global des dépenses de santé.

Tandis que, de 1970 à 1980, le taux de prise en charge collective des dépenses de santé avait progressé de dix points, il a diminué d'environ quatre points depuis lors ; le relais a dû être pris pour moitié par les mutuelles et les assurances privées et pour moitié directement par les assurés sociaux.

Les médecins, enfin, n'ont pas vu leur pouvoir d'achat augmenter, loin s'en faut, parallèlement à l'évolution des dépenses médicales.

C'est en effet la progression du nombre des praticiens qui explique les trois quarts de la croissance en volume des honoraires

médicaux, l'activité par médecin étant régulièrement décroissante. En outre, une analyse globale de l'évolution des dépenses correspondant aux honoraires médicaux devient de moins en moins pertinente, compte tenu des disparités croissantes qui caractérisent les revenus des médecins (disparités géographiques ou entre spécialités).

Dans ce contexte difficile, le Gouvernement a tenté, au coup par coup, sans aucune cohérence, profession par profession, d'imposer des méthodes de régulation autoritaires et comptables afin de juguler la progression des dépenses de santé, tentant ainsi de faire supporter aux professions de santé une part essentielle de la contrainte financière.

Faire travailler les professions de santé à rendements décroissants, telle a été la seule cohérence de la sédimentation législative accumulée depuis 1989. La perspective d'une maîtrise médicalisée et négociée des dépenses de santé, que je défendais au mois de juin à l'occasion du premier examen de ce projet, n'a jamais été envisagée sérieusement par le Gouvernement. Celui-ci, par la voix de son ministre, considérait avec mépris une telle méthode : "L'opposition, disait-il le 4 juin 1990 devant nos collègues de l'Assemblée nationale, ne cherche-t-elle pas à tromper les Français?... en parlant de la médicalisation, ne veut-on pas, au fond, ne rien faire ?"

Au Sénat, le ministre rejetait curieusement l'objection selon laquelle "à défaut des outils et des moyens de la maîtrise médicalisée des dépenses rien ne sera possible, sauf à appliquer une simple logique économique ou administrative" en affirmant que la "modération des taux prévisionnels" (fixés par l'Etat et les caisses), "complétée par le rôle éminent que joueront les unions locales (...) contribuera à l'adoption d'une démarche raisonnée".

La maîtrise médicalisée, telle était la logique que je défendais en juin. La modération des taux administrés, telle était la réponse du ministre.

Le projet de loi qui nous est soumis aujourd'hui n'a plus grand chose en commun avec celui qui nous avait été présenté en juin. L'arrêté du 27 mars 1990, portant approbation de la convention médicale signée le 9 mars 1990 a été annulé par le Conseil d'Etat le 10 juillet 1992 ; le Gouvernement, qui présentait au printemps un projet fondé sur une maîtrise comptable des dépenses de santé, l'a profondément amendé à la suite de l'accord intervenu avec les syndicats médicaux le 14 octobre 1992, qui consacrait déjà un premier recul des positions du ministre. Aussitôt signé, cet accord a été dénoncé par deux syndicats de médecins sur les trois signataires.

Tel qu'il a été présenté le 1er décembre à l'Assemblée nationale, le projet demeurerait inacceptable dans la mesure où il superposait deux logiques inconciliables, une logique de maîtrise comptable et une logique de maîtrise médicalisée. L'opposition et les professions de santé, qui exigeaient la suppression de la première méthode, ont obtenu gain de cause ; le Gouvernement a renoncé au cours du débat, à tous les aspects du texte qui favorisaient encore une maîtrise comptable des dépenses de santé.

Le Gouvernement aurait-il révisé ses positions, et accepterait-il désormais la logique du projet ?

Il est permis d'en douter. A l'Assemblée nationale (3ème séance du mardi 1er décembre 1992), le ministre déclarait ainsi : "Dans la mesure où nous avons éliminé toute référence à des taux, nous sommes bien obligés de dégager des références médicales établies, qui plus est, par les professionnels de santé. (...) Nous avons choisi, aussi, c'est vrai, la voie des références médicales, et je ne vois pas très bien comment l'on peut faire autrement."

Le texte que nous allons examiner traduit bien cette logique de renoncement.

Dans la stricte mesure où il pose désormais le principe d'une maîtrise exclusivement médicalisée des dépenses, il ne peut être contesté sur le fond.

Mais la seule détermination du Gouvernement en la matière ayant consisté en une constante volonté d'aboutir à un texte de loi, le projet comporte de nombreuses lacunes et imprécisions, qu'il nous appartiendra de combler progressivement en concertation avec les partenaires sociaux. Il s'intègre d'une manière que l'on peut qualifier d'incohérente aux dispositifs déjà à l'oeuvre pour les autres professions de santé. Il ne traduit enfin qu'une approche incomplète de la problématique de la régulation des dépenses de santé.

I. UNE LONGUE SERIE DE RENONCEMENTS

La longue série de renoncements engagée par le Gouvernement depuis l'adoption, le 6 juin 1992, par l'Assemblée nationale, après déclaration d'urgence et en application de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, du projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie justifie l'exposé détaillé d'une procédure qui a vu peu à peu les principes directeurs du projet de loi se rapprocher, dans leurs grandes lignes, des conceptions défendues avec constance par votre commission et notamment à l'occasion de la discussion de la question préalable que nous avons opposée au projet le 24 juin 1992.

A. LE PROJET PRESENTE AU SENAT AU MOIS DE JUIN : UNE REGULATION COMPTABLE ET ADMINISTREE DES DEPENSES DE SANTE

Le projet initial soumis à votre Assemblée a été présenté comme la transcription législative de l'avenant n° 3 à la convention nationale médicale signée le 9 mars 1990. Seule la Confédération des syndicats médicaux français, le 10 avril 1992, avait signé cet avenant, faisant foi aux promesses de médicalisation progressive de la régulation des dépenses, de négociation sur l'avenir du régime d'assurance vieillesse du corps médical, et d'une contribution modérée des médecins aux dépenses qu'entraînerait la création d'une aide à la reconversion des médecins libéraux vers d'autres professions. L'avenant comportait également une revalorisation des honoraires, promise aux médecins depuis deux ans.

Toutes les ambiguïtés qui caractérisaient ce texte et qui avaient permis sa signature par un syndicat de médecins, ont été effacées à l'occasion de sa transcription législative ; cette liberté prise avec le texte contractuel, qui en modifiait la logique et la portée, a conduit le seul syndicat signataire à en dénoncer très rapidement les effets.

1. Une logique autoritaire : l'entrée de l'Etat dans le système de régulation, en amont des mécanismes conventionnels

En application d'un "protocole d'orientation pour la maîtrise négociée de l'évolution des dépenses d'assurance maladie" signé le 25 octobre 1991 par l'Etat et les caisses, excluant donc les représentants des professions de santé, l'article premier du projet considéré comme adopté par l'Assemblée nationale prévoyait que "chaque année, le taux d'évolution global des dépenses (...) présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, est fixé par un accord" entre l'Etat et au moins deux caisses dont la CNAMTS.

Le premier élément d'un dispositif autoritaire et comptable était mis en place, en contradiction flagrante avec le système prévu par les ordonnances de 1967 confiant à la seule caisse nationale la mission d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie.

2. Une logique de maîtrise de la totalité de la dépense de santé, englobant notamment les dépassements d'honoraires

L'article 2 du projet adopté par l'Assemblée nationale prévoyait qu'une annexe annuelle à la convention déterminerait des taux nationaux d'évolution prévisionnels des dépenses présentées au remboursement, concernant les honoraires des médecins ainsi que les prescriptions, à hauteur du montant servant de base au remboursement.

Au mépris de la liberté des consommateurs de soins, auxquels il appartient d'opérer les arbitrages nécessaires à l'affectation de leurs revenus, et au mépris des impératifs sanitaires, le système proposé visait à limiter la dépense totale de santé parallèlement à la dépense d'assurance maladie, elle-même contrainte par les pertes de recettes engendrées par la dégradation de la situation du marché de l'emploi.

Le projet initialement présenté décrétait ainsi la priorité des contraintes de l'assurance maladie par rapport aux besoins de santé et à la liberté du malade.

En cas de dépassement par un médecin des taux prévus par l'annexe annuelle, les caisses pouvaient mettre à sa charge, dans des conditions déterminées par la convention, tout ou partie des cotisations qu'elles prennent en charge, ou une contribution d'un montant égal à tout ou partie des cotisations qu'elles auraient pris en

charge pour les médecins bénéficiant d'un droit à dépassement si le mécanisme de prise en charge leur était appliqué.

Le seul tempérament à cette logique strictement comptable était assuré par les unions de médecins exerçant à titre libéral, qui avaient notamment pour mission "l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins". Mais comment penser qu'en l'absence de tout instrument d'évaluation des pratiques médicales, les unions professionnelles auraient pu le mener à bien ?

B. LES AMENDEMENTS GOUVERNEMENTAUX DEPOSES EN NOUVELLE LECTURE A L'ASSEMBLEE NATIONALE : UNE METHODE "A LA JANUS"

N'eussent été leurs qualités humaines, les amendements déposés par le Gouvernement à l'Assemblée nationale en nouvelle lecture auraient pu conduire à l'adoption d'un texte rédigé par Janus. Introduisant des mécanismes de régulation médicalisée des dépenses, le Gouvernement n'a pas, en effet, renoncé à une maîtrise des dépenses fondée sur des objectifs comptables.

Prenant acte de l'absence d'une majorité pour adopter le projet à l'Assemblée nationale, du vote d'une question préalable au Sénat et de la vive opposition des professionnels de santé et tirant les conséquences politiques de l'annulation par le Conseil d'Etat de l'arrêté du 27 mars 1990 portant approbation de la convention médicale, le Gouvernement a déposé de nombreux amendements au texte initial. Ils constituent la transcription législative de l'accord signé le 14 octobre 1992 par le ministre, les trois caisses d'assurance maladie et trois syndicats de médecins (CSMF, MG-France et FMF). Aussitôt signé, cet accord a provoqué de nombreux remous au sein des syndicats de médecins ; le président de la CSMF, le docteur Beaupère, a démissionné de ses fonctions. la FMF a désapprouvé le texte, seul MG-France lui accordant son soutien.

1. L'introduction de mécanismes de régulation médicalisée...

L'amendement n° 2 présenté par le Gouvernement à l'Assemblée nationale élargit les missions conventionnelles à la définition de mécanismes permettant la détermination de références

médicales opposables à chaque médecin et la réalisation de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.

Les références médicales nationales seront définies par l'annexe annuelle à la convention (amendement n° 5). C'est le non-respect de ces références -et non plus celui des taux- qui sera à l'origine d'éventuelles sanctions pour les médecins (amendement n° 8).

Parallèlement, les amendements gouvernementaux définissent deux instruments qui permettront une réelle évaluation des pratiques médicales : le codage des pathologies et le codage des actes.

Les garanties définies par ces amendements ne sont pas toutefois suffisantes, eu égard notamment aux exigences du secret médical.

2. ... qui se superposent aux mécanismes de régulation comptable

Avant le débat à l'Assemblée nationale, le Gouvernement n'avait pas encore renoncé aux mécanismes comptables de régulation. Une première concession a été effectuée ; elle concerne le caractère prévisionnel des objectifs quantitatifs définis annuellement par le ministre chargé de la sécurité sociale et au moins deux caisses dont la CNAMTS. Mais le débat sur le champ des dépenses soumises à régulation n'a pas évolué ; il s'agit toujours des "dépenses de santé". Cette volonté de maîtriser les dépenses de santé et non pas seulement les dépenses d'assurance maladie, outre les objections soulevées plus haut, est en contradiction avec l'objectif d'égal accès aux soins. En effet, cette logique de rationnement global, si elle était suivie, conduirait inévitablement à la croissance du secteur non conventionné et donc à l'apparition d'une "médecine de riches" face à une "médecine de pauvres", dualité que le système français de protection sociale a toujours eu pour vocation d'empêcher. Il est précisé que les annexes définissent des "objectifs prévisionnels" (amendement n° 6) et non plus des taux, mais cette recherche sémantique n'entame pas la logique comptable du dispositif.

Le Gouvernement, prenant acte de l'échec de sa tentative d'imposer en première lecture un projet mettant en oeuvre une régulation fondée sur des taux et des enveloppes opposables à chaque médecin, aurait pu déposer un nouveau projet de loi. Il a préféré renoncer peu à peu, lecture après

lecture, et n'a pas hésité à superposer deux logiques contradictoires qui ne pouvaient satisfaire personne.

C. L'ABANDON DEFINITIF DE LA LOGIQUE COMPTABLE

Au cours du débat du 1er décembre 1992 à l'Assemblée nationale, le Gouvernement a d'une part renoncé à toute maîtrise comptable et, d'autre part, accepté des amendements tendant à entourer des garanties nécessaires le codage des actes et des pathologies et la collecte et l'utilisation des informations nominatives, qui leur seront nécessairement associées.

1. La suppression de l'article premier du projet

Après avoir réservé pendant toute la durée du débat la discussion de l'article premier pour lequel il avait déposé un amendement tendant à affirmer le caractère prévisionnel du taux annuel défini par un accord Etat-caisses, le Gouvernement a déposé lui-même un amendement de suppression de cet article. L'argument du ministre, selon lequel cet article était "détachable" du texte, est fondé ; en abandonnant cet article, c'est l'une des deux logiques contradictoires présentes dans le texte à laquelle il renonçait...

Parallèlement, à l'article 2, les références médicales et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses de santé sont présentées comme des mécanismes conventionnels de maîtrise des dépenses "médicales" : le débat entre la maîtrise des dépenses de santé et celle des dépenses d'assurance maladie est désormais bien clos... Cette référence aux dépenses "médicales" est reprise à l'article 4 qui définit le contenu de l'annexe annuelle à la convention : les partenaires conventionnels définiront des "objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales", notion qui recouvrira le champ qu'ils souhaitent...

2. La mise en oeuvre de garanties protégeant le secret médical

Le Gouvernement a accepté la création d'un comité national paritaire de l'information médicale, qui sera présidé par un magistrat et comprendra d'une part des représentants des caisses nationales d'assurance maladie et d'autre part, des représentants des

professions et établissements de santé. Il aura notamment pour mission la définition des conditions d'élaboration du codage des pathologies ainsi que les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation des données issues de ce traitement.

Le Gouvernement a, d'autre part, accepté un amendement de la commission tendant à limiter au cadre strict de ses fonctions et à la seule durée nécessaire à leur accomplissement, la connaissance par le personnel des caisses d'assurance maladie des numéros de code des actes et des pathologies relatifs à chaque patient.

Seuls les praticiens et les personnels placés sous leur autorité auront cependant accès aux données nominatives issues du traitement de ces informations, disposition de nature à garantir le secret médical. Enfin, le projet de loi aujourd'hui soumis au Sénat dispose que le personnel des organismes d'assurance est soumis à l'obligation de secret dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du code pénal.

Ainsi, cette longue série de renoncements successifs a permis au Gouvernement de présenter aujourd'hui au Sénat un texte qui répond aux objections que soulevait votre commission dans la question préalable qu'elle opposait au projet en première lecture et que le Sénat a adoptée le 24 juin dernier, rejetant ainsi le texte qui lui était soumis.

II. LE PROJET DE LOI DEFINIT DES INSTRUMENTS NECESSAIRES A UNE MAITRISE MEDICALISEE DES DEPENSES DE SANTE

Le projet de loi qui vous est soumis contient bien peu de dispositions précises ; il fixe toutefois un cadre à une maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et confie l'essentiel des responsabilités de sa définition aux partenaires conventionnels et aux futurs élus des unions de médecins libéraux.

Le rapport de votre commission l'énonçait déjà en juin : "Si l'on veut éviter gaspillages, errements thérapeutiques et demande irraisonnée des patients, on ne peut que s'appuyer sur un système très élaboré d'évaluation des pratiques médicales, mis en place par les médecins eux-mêmes. A cet égard, le développement des conférences de consensus, sous la coordination éclairée d'une instance comme l'agence nationale d'évaluation médicale et le codage des actes, qui permettrait d'apprécier précisément le contenu de l'activité médicale, constituent les deux axes privilégiés d'une politique d'évaluation.

Il y a fort à parier en effet que les médecins, si rétifs à toute mesure de nature administrative sont, en revanche, prêts à recevoir un message, déontologique ou thérapeutique, émanant de leurs pairs".

A. UNE CONVICTION : DONNER LE "JUSTE SOIN" PERMETTRA DE MAÎTRISER LES DEPENSES DE SANTE

La conviction selon laquelle donner le "juste soin" permettra de maîtriser les dépenses de santé repose sur plusieurs éléments :

-notre système, qui fonctionne selon des principes libéraux et des financements collectifs, génère de nombreux gaspillages ;

- au-delà de ces dérives, est considérée la question de l'efficacité de la dépense médicale ; soigner mieux conduit à soigner moins cher ;

- enfin, la maîtrise des dépenses de santé ne pourra se dispenser de la coopération des médecins ; la méthode de la maîtrise médicalisée est la seule qui permette effectivement d'agir à la fois sur l'offre et sur la demande de soins.

1. Notre système de santé génère de nombreux gaspillages

Cette affirmation de bon sens a été récemment démontrée par le rapport Béraud (août 1992), dont le ton trop vif à l'égard des médecins a été critiqué, mais qui recense les excès et abus conduisant à des dépenses inutiles, dues notamment à :

- de trop rares évaluations de l'efficacité des prescriptions et des décisions médicales ;

- une mauvaise coordination entre médecins, illustrée notamment par le fait que "les omnipraticiens demandent rarement l'avis des spécialistes auxquels ils adressent des malades pour réaliser des techniques diagnostiques".

Imputer aux médecins la responsabilité de ces dépenses inutiles n'est pas juste : dans un système où n'existe aucun pôle de régulation des pratiques médicales, le praticien n'est jamais incité à ne pas prendre des décisions qui sont souvent une réponse aux exigences des malades.

Mais ces excès, abus et fraudes auraient coûté à l'assurance maladie 120 milliards de francs sur une dépense annuelle de 573 milliards de francs.

L'estimation proposée par la CNAM est plus faible que celle qui est énoncée par le rapport Béraud ; selon Gilles Johannet, directeur de la CNAM, "60 milliards auraient pu être aisément économisés".

2. Soigner mieux, ce sera soigner moins cher

Le rapport précité démontre plus généralement qu'au-delà des gaspillages, non seulement la multiplication des activités médicales n'est pas de nature à améliorer le niveau de la santé publique, la santé dépendant "davantage de facteurs extra-médicaux que médicaux", mais "trop d'activités médicales nuit au développement de la santé". Cette affirmation est fondée sur le fait

qu'au-delà d'un certain seuil de dépenses qui lui sont affectées, le système de santé capte des ressources qui auraient pu être allouées à des fonctions dont l'utilité collective en termes de santé publique aurait été plus élevée (investissements dans l'éducation, la justice ou la protection sociale).

Au-delà de ces considérations qui concernent la société dans son ensemble et qui devraient guider la politique de santé publique, le concept de "juste soin", dont la mise en oeuvre sera facilitée par la définition de références médicales et l'évaluation de la pratique des médecins par leurs pairs, est le seul permettant à la fois une amélioration de la qualité des soins et une diminution de leur coût.

B. DE NOUVEAUX INSTRUMENTS : LE CODAGE DES ACTES ET DES PATHOLOGIES

Selon le dispositif prévu par le projet de loi, les médecins adresseront aux caisses d'assurance maladie, en vue de permettre le remboursement aux assurés sociaux des prestations facturées, des informations complémentaires à celles actuellement mentionnées sur les feuilles de soins : le numéro de code de l'acte effectué et celui de la pathologie diagnostiquée. Les conditions d'élaboration du codage seront définies par le Comité national paritaire de l'information médicale ; la présence en son sein, outre des représentants des professions de santé et des caisses, de représentants des établissements de santé, laisse à penser que le codage des pathologies s'inspirera des travaux déjà réalisés dans le cadre du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information). En ce qui concerne les prescriptions, des projets sont déjà pratiquement opérationnels pour le codage des actes de laboratoire et pour les médicaments (utilisation de codes barres).

L'élaboration du codage des pathologies constitue une tâche ambitieuse dans la mesure où il devra, pour être précis et efficace, affecter à une même pathologie plusieurs codes correspondant à plusieurs niveaux de diagnostic. Il semble en effet évident que, pour une même pathologie, le degré de précision du code qu'inscrira par exemple le médecin généraliste qui prescrit à un malade des actes techniques complémentaires pour affiner son diagnostic sera différent de celui que transmettra aux organismes d'assurance maladie le médecin spécialiste.

Le codage des pathologies constitue pour votre commission un instrument essentiel de l'évaluation médicale. Son

association au système actuel des feuilles de soins ne serait probablement pas très judicieuse ; il ne convient pas en effet que le malade, dans tous les cas de figure, soit en mesure de prendre immédiatement connaissance de la pathologie diagnostiquée par son médecin (les numéros de code les plus "sensibles" ayant de fortes chances de devenir rapidement notoires).

Il ne conviendrait pas non plus que, pour prévenir cette éventualité, le médecin modifie le degré de précision de son codage ou ne se sente contraint d'annoncer au malade la nature de l'affection dont il souffre.

Il est très probable que, compte tenu des délais d'élaboration du codage des pathologies, sa mise en oeuvre effective interviendra parallèlement à la diffusion des cartes de santé à puces (cartes de professionnel de santé et carte d'assuré). Un groupement d'intérêt public a été constitué entre les caisses, les professionnels, les ordres et les mutuelles afin de préparer la mise en service de la carte de professionnel de santé. La constitution d'un groupement d'intérêt économique ayant la même finalité, mais cette fois pour la carte de l'assuré, devrait être autorisée par le projet portant diverses mesures d'ordre social actuellement en discussion. La diffusion de ces cartes devrait intervenir dans les deux ou trois prochaines années. Ce support confidentiel d'informations médicales devrait faciliter la transmission dans de bonnes conditions de sécurité des données relatives au codage des actes et des pathologies. La mise à la disposition des assurés de cette carte devrait par surcroît contribuer à réduire le nombre d'actes et prescriptions peu utiles, dans la mesure où elle comportera par exemple les références des analyses et actes techniques qui ont déjà été prescrits au malade. Elle devrait également contribuer à réduire les frais de gestion des organismes d'assurance maladie.

Les médecins, à la source de ces informations, en seront également destinataires. La convention, précise le projet de loi, déterminera les conditions de leur utilisation et "notamment les modalités de transmission" de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins. Les résultats des traitements informatiques des données médicales permettront la réalisation de programmes d'évaluation des stratégies thérapeutiques, et la définition des références médicales nationales et locales opposables à chaque médecin.

C. LA DEFINITION DE "REFERENCES MEDICALES OPPOSABLES" AUX MEDECINS : UNE MANIFESTATION DE L'ESPRIT DE RESPONSABILITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le projet de loi dispose que des références médicales, nationales et locales, élaborées par les médecins, leur seront opposables.

Jusqu'à aujourd'hui, la régulation des pratiques individuelles a été uniquement assurée selon des critères déontologiques par le Conseil de l'Ordre des Médecins, et selon des critères d'activité définis par les mécanismes conventionnels.

Ces derniers n'ont cependant jamais réussi à sanctionner que des pratiques réellement déviantes, dans la mesure où, d'une part la détermination d'un profil moyen d'activité et des tableaux statistiques d'activité professionnelle repose sur des informations beaucoup moins précises que celles qui résulteront du codage des actes et des pathologies, et où, d'autre part seules les caisses d'assurance maladie peuvent être à l'origine des sanctions. Celles-ci ont souvent eu pour origine des dépassements tarifaires injustifiés, ou le non respect de la nomenclature. Mais cette régulation n'a pu être médicalisée ni efficace, les caisses n'ayant pour la mener à bien ni des moyens suffisants ni une légitimité comparable à celle qu'auront les médecins pour juger leurs pairs.

Seuls quatre-vingt déconventionnements ont été prononcés en France de 1980 à 1985.

Enfin, si le code de la Sécurité sociale dispose en son article L. 162-4 que "les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement", aucun dispositif médicalisé, incitatif et légitime aux yeux des médecins, ne vient appuyer ce dispositif d'une façon telle qu'il ait un possible effet sur les volumes.

Dans le dispositif proposé par le projet de loi, les conventions détermineront la possibilité de mettre à la charge des médecins dont la pratique ne respecte pas les références médicales des sanctions financières.

Ces références nationales, précise l'article 4, seront définies par l'annexe annuelle à la convention. Elles seront notamment établies grâce aux informations relatives au codage des

actes et des pathologies, que transmettront les caisses, et à la réalisation de programmes d'évaluation des stratégies thérapeutiques qui mettront en oeuvre les instances conventionnelles.

La notion de "référence médicale opposable" est juridiquement précise, et son inscription dans la législation constitue un réel apport du projet de loi. Mais son contenu ne sera pas rigide, dans la mesure où il sera adapté s'il y a lieu aux spécificités de l'exercice de chaque médecin comme au contexte médical local.

L'acceptation par les médecins d'un tel système de régulation de l'activité médicale constitue la traduction de leur esprit de responsabilité. D'un certain point de vue en effet face à son malade, il serait plus aisé pour le médecin de refuser de prendre une décision ou de prescrire un acte technique dans un système de régulation comptable et administré : en effet, la responsabilité de ce qui est perçu comme un rationnement pourrait ainsi être attribuée d'un commun accord par le médecin et le malade aux organismes de Sécurité sociale ou à l'Etat. Dans un système de régulation médicalisée, c'est à la notion de "juste soin" que devra se référer le médecin. S'en écarter sera perçu comme une déviance par rapport à une pratique médicale de qualité, et s'y conformer nécessitera certainement une évolution des comportements des médecins et des malades.

Le projet de loi qui vous est soumis, dans la stricte mesure où il pose ces trois jalons d'une régulation médicalisée de l'évolution des dépenses de santé, mérite un examen attentif.

III. UN TEXTE LACUNAIRE, QUI S'INTEGRE DANS UN DISPOSITIF DE MAÎTRISE DES DEPENSES DE SANTE INCOHERENT

A. UN TEXTE LACUNAIRE

Le projet qui vous est soumis témoigne de la volonté du Gouvernement d'aboutir à tout prix à un texte de loi : profondément malmené à l'occasion des lectures et des amendements gouvernementaux qui en ont bouleversé la logique, il demeure fort imprécis sur bien des points. L'embryon de dispositif qu'il met en place devra ultérieurement être complété en concertation avec les professionnels de santé.

Quelques corrections immédiates sont toutefois utiles ; elles éviteront de buter sur des incohérences majeures à l'occasion de la mise en oeuvre des dispositifs prévus par ce texte. Il en est ainsi du projet de création d'unions professionnelles, ayant vocation à représenter l'ensemble des médecins libéraux en activité, et dont les missions dépasseront largement le champ conventionnel : analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, prévention et actions de santé publique, etc. Votre commission comprend mal pourquoi seuls les médecins conventionnés, et non pas l'ensemble des médecins exerçant à titre libéral, seront électeurs et éligibles pour ces unions, et contribueront à leur fonctionnement.

De même devront être éliminées du texte les nombreuses références aux articles du code de la Sécurité sociale prévues par l'article 10 bis du projet concernant les infirmières, en conséquence de la suppression de cet article par l'Assemblée nationale (et si ce dispositif n'est pas réintroduit par voie d'amendement).

Le texte est également imprécis en son article 16, dont la rédaction laisse à penser que les caisses organisent et coordonnent l'action de l'ensemble des professions de santé afin de garantir la collecte, la vérification et la sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.

Or, il s'agit bien sûr d'une coordination et des mesures d'organisation internes, qui ont pour champ d'application des relations entre cartes nationales et caisses primaires.

Enfin, le dispositif relatif aux unions professionnelles demeure contestable dans la mesure où son organisation conduit en sa rédaction actuelle à une division des médecins, alors même que les unions ont vocation à affirmer l'unité de la profession ; il institue en effet deux collèges, un collège de généralistes et un collège de spécialistes. Les médecins ne pourront être élus qu'au titre du collège dans lequel ils sont électeurs.

Cette séparation, qui semble moins justifiée par la nature des missions des unions que par des considérations d'ordre syndical, ne peut en l'état être acceptée par votre commission, qui souhaite entendre les explications du Gouvernement sur ce point.

B. UN DISPOSITIF PROPRE AUX MÉDECINS QUI S'INTÈGRE MAL DANS L'ENSEMBLE DES MÉCANISMES DE MAÎTRISE DE DEPENSE DE SANTÉ

Le projet de loi que vous allez examiner s'intitule "projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie". En fait, il ne concerne que les médecins, le Gouvernement ayant voulu prévoir des accords profession par profession, et reculé devant la perspective d'un véritable débat sur la santé, toujours promis, constamment repoussé.

Les mécanismes de régulation en vigueur consacrent en outre des méthodes incohérentes deux à deux, et il est difficile de prévoir des éléments de coordination.

Ainsi, dans la mesure où des objectifs prévisionnels relatifs aux prescriptions et les références médicales seront déterminés par les annexes aux conventions médicales, votre commission présentera des amendements afin de garantir une concertation préalable avec les professions de santé concernées.

Une étude réalisée par Mme L. Rochaix (Direction de la prévision) démontre bien que l'indépendance des fonctions d'offre et de demande qui caractérisent le marché de la santé "conduit à recommander une approche de système à l'égard de toute régulation de ce marché", démonstration qui, à l'évidence, n'a aucunement été prise en compte par le Gouvernement.

C. LE TEXTE REVELE UNE APPROCHE PARTIELLE DE LA PROBLEMATIQUE DE LA MAÎTRISE DES DEPENSES DE SANTE

Ce projet de loi ne peut demeurer le seul cadre de la maîtrise des dépenses de santé en France pour les années futures. Il néglige en effet bien des facteurs qui ont contribué à l'augmentation continue de la dépense de santé.

1. Du côté de l'offre, le projet prend en considération un des aspects du problème de la démographie médicale, en prévoyant des mécanismes conventionnels d'aide à la reconversion.

Il reste que l'essentiel de la maîtrise de la démographie médicale réside dans celle des flux entrant sur le marché des offreurs de soins.

Deux données essentielles auraient dû être prises en compte depuis longtemps :

- eu égard aux mécanismes de demande induite par l'offre dans le marché de la santé, l'augmentation de la densité médicale a une influence directe sur la progression des volumes ;

- un médecin ne "coûte" pas à l'assurance maladie la simple somme de ses honoraires mais le triple, au montant des honoraires devant s'ajouter une somme deux fois plus importante représentant le coût de ses prescriptions.

Dès lors, si l'on considère le "coût" de tout médecin supplémentaire entrant sur le marché de la santé (environ un million de francs par an), l'absence prolongée de décision en matière de régulation des flux d'entrée a été préjudiciable à l'évolution des dépenses de santé, et aura des effets pendant plusieurs dizaines d'années.

D'autre part, et toujours du côté de l'offre, doit être rapidement mis en oeuvre une adaptation des modalités de détermination des rémunérations, dissociant la rémunération de l'acte lui-même, c'est-à-dire une prestation intellectuelle, de la prise en compte de l'amortissement des investissements.

Enfin, une action doit être menée en direction de la formation des médecins, formation initiale mais aussi formation

continue. Le rapport Béraud précité démontre bien qu'une fraction non négligeable des dépenses de santé, qu'il qualifie d'"inutiles" s'analyse comme la conséquence d'une insuffisante maîtrise de techniques médicales dont l'évolution s'accélère.

De même, l'amélioration de la formation initiale des médecins à l'économie de la santé doit être encouragée.

A cet égard, les mesures annoncées le 22 octobre 1992 par M. Bernard Kouchner, ministre chargé de la santé, vont dans le bon sens ; elles visent à valoriser les médecins qui suivent régulièrement une formation médicale continue, par une meilleure information des malades sur le "cursus professionnel" de leur médecin, par la faculté qui pourrait être offerte à ces praticiens de pouvoir effectuer des prescriptions réservées (qui ne peuvent être habituellement effectuées qu'en milieu hospitalier) et par la possibilité de valider la participation des médecins à des actions de formation médicale.

2. Le dispositif prévu par le projet de loi néglige toute tentative de régulation de la demande de soins

Même si l'on considère habituellement qu'il existe une demande induite de soins, dépendante de l'offre, et ayant pour origine l'asymétrie d'information qui caractérise le marché de la santé, appréciation qui constitue une réelle incitation à agir prioritairement sur l'offre, la demande de soins ne doit pas être négligée par une politique de maîtrise des dépenses de santé.

Il faut rappeler à cet égard que les mesures courageuses prises par M. Philippe Seguin ont permis d'observer un tassement significatif de l'évolution de la dépense de santé en 1987.

De nouvelles actions doivent être envisagées, y compris des actions de moyen terme susceptibles d'influencer des composantes habituellement classées comme "structurelles" de la demande de soins. Il en est ainsi d'une politique familiale vigoureuse ayant pour objectif de tempérer les graves conséquences pour l'assurance maladie du vieillissement démographique qui sont déjà à l'œuvre. En effet, celui-ci induira nécessairement une augmentation de la dépense de santé, estimée à 8 % d'ici 2010, et notamment une progression notable du nombre de journées d'hospitalisation (plus 15 % en vingt ans). D'autre part, le vieillissement de la population française, à lui seul facteur de progression des dépenses, s'accompagnera probablement d'effets revenus. En effet, l'évolution de la répartition des revenus, depuis de nombreuses années, favorise les retraités, grands consommateurs de soins, aux dépens des actifs qui le sont moins ; or,

l'élasticité-revenu de la consommation de soins est une élasticité positive.

Enfin, ce vieillissement aura pour corollaire une importance croissante des effets de génération, les populations âgées appartenant de plus en plus à des générations habituées à certains réflexes de demande de soins.

Ainsi, l'action sur les tendances lourdes de l'évolution démographique doit constituer une priorité pour les pouvoirs publics, notamment en fonction d'objectifs de maîtrise des dépenses de santé.

En outre, les investissements en direction de l'environnement et de la qualité de la vie doivent voir leur efficacité appréciée au regard des objectifs de maîtrise des dépenses et des objectifs sanitaires.

Ainsi, il n'est pas possible d'attribuer la très forte consommation de soins en Ile-de-France à la seule sur-densité médicale et au revenu moyen élevé de la population dans cette région ; les conditions de vie influent également sur une consommation qui n'est pas strictement assimilable à l'expression d'un besoin de soins médicaux.

Enfin, l'action sur la demande de santé ne peut négliger une action sur les prix, action qui n'entre pas dans une logique de rationnement mais d'orientation de la dépense de santé dont l'allocation actuelle, eu égard aux caractéristiques du marché de la santé est spontanément imparfaite.

EXAMEN DES ARTICLES

Art. 2

Contenu de la convention nationale des médecins

Cet article détermine de nouveaux éléments qui entreront désormais dans le champ conventionnel :

- la coordination des interventions des généralistes et des spécialistes, et l'amélioration du recours aux établissements hospitaliers

Cette disposition, qui reconnaît la spécificité de deux types de médecine prend en compte le fait, désormais admis, que le fonctionnement atomisé du système de santé entraîne des effets pervers et des dépenses inutiles.

- le dispositif de maîtrise des dépenses de santé

Cet article confère à la convention des missions nouvelles concernant le mode de définition des références médicales opposables à chaque médecin et de conclusion de contrats locaux de maîtrise des dépenses de santé qui seront mis en œuvre dans chaque circonscription de caisse par les instances conventionnelles locales.

Cette extension consacre le fait que désormais, le dispositif de maîtrise des dépenses et l'objectif d'amélioration de la qualité des soins sont indissolublement liés. Elle s'accompagne de la définition de nouveaux instruments :

- le codage des actes et des pathologies, procédure indispensable à une meilleure appréciation de l'activité médicale et des coûts par pathologie ;

- la faculté de réaliser des programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques. Ce sont en particulier les résultats de ces programmes d'évaluation qui permettront de définir des références médicales. Celles-ci prendront en considération, s'il y a lieu, la spécificité de l'exercice de certains médecins.

- la régulation de la démographie médicale

Cet article consacre la création d'une aide à la reconversion pour les médecins, aide dont l'attribution sera liée au renoncement à tout exercice de la médecine.

Cette disposition est intéressante mais trouve rapidement ses limites, l'essentiel de la régulation des flux sur le marché de la santé devant se faire à l'entrée, c'est-à-dire au niveau des études de médecine, pour pouvoir être efficace.

En dernier lieu, cet article offre aux partenaires conventionnels la faculté de valoriser certaines pratiques médicales correspondant à des critères de qualité, en instituant une possibilité de majoration des honoraires. La nuance par rapport au secteur II est subtile : dans ce dispositif, on ne rémunère point des médecins mais des pratiques... Cette disposition est certainement à mettre en relation avec les mesures annoncées par M. Bernard Kouchner au mois d'octobre en faveur de la valorisation de la formation médicale continue, la validation d'un cursus de formation médicale continue pouvant désormais se traduire par des majorations si les partenaires conventionnels le souhaitent.

Outre l'adoption d'un amendement rédactionnel, votre commission vous demande d'amender l'article 2 afin de préciser la notion de "référence médicale opposable" à chaque médecin. Cette notion est juridiquement précise et ne peut admettre comme synonyme le terme de "recommandation" utilisé dans le 5°.

Art. 3

Modalités d'entrée en vigueur et champ d'application de la convention nationale des médecins

Cet article présente une nouvelle rédaction de dispositions déjà présentes dans le code de la sécurité sociale et relatives :

- d'une part au régime d'entrée en vigueur des conventions,

- d'autre part au champ d'application de ces conventions ; l'article précise que n'en sont pas partie les médecins qui n'acceptent pas d'être régis par ses dispositions et ceux qui ont subi une procédure de déconventionnement.

Cette nouvelle rédaction modifie la répartition du contenu des articles L. 126-5 et L. 126-6 du code de la sécurité sociale. En effet, tandis que dans sa rédaction actuelle l'article 126-6 comporte des dispositions relatives aux compétences conventionnelles et au champ d'application de la convention, le nouvel article L. 126-6 ne reprend désormais que cette dernière catégorie de dispositions, les compétences conventionnelles étant recensées dans l'article L. 126-5.

Cet article comporte une disposition nouvelle : il accorde aux médecins subissant une procédure de déconventionnement la faculté de présenter leurs observations à l'occasion du déroulement de cette procédure.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Art. 4

Dispositif de maîtrise médicalisée

Cet article propose d'insérer dans le code de la sécurité sociale trois nouveaux articles qui font de l'annexe annuelle à la convention l'élément central du dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses.

Cette annexe annuelle (article L. 126-6-1) déterminera notamment les "objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales". La rédaction de cette phrase témoigne du fait que le débat entre la maîtrise des dépenses de santé et celle des dépenses d'assurance maladie est bien clos, la notion de "dépenses médicales" devant, à l'évidence, être précisée par les partenaires conventionnels. Dans la mesure où ces objectifs concernent non seulement les honoraires et rémunérations des médecins mais également les prescriptions, votre commission vous propose d'amender ce texte en vue de garantir une concertation préalable avec les autres professions de santé concernées.

L'article prévoit en outre qu'à défaut de signature avant le 15 décembre ou d'approbation avant le 31 décembre, les objectifs prévisionnels et les tarifs sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an.

L'annexe déterminera également les tarifs des honoraires et les références médicales opposables aux médecins. Dans la mesure où à une pathologie donnée seront associées des références concernant les prescriptions (examens et analyses, prescriptions médicamenteuses...), votre commission vous propose également d'associer les professions de santé concernées par la définition de ces références en organisant une concertation préalable.

La détermination des références médicales est complétée par l'institution de sanctions financières dans le cas où les médecins ne les respecteraient pas ; ces médecins devront alors reverser tout ou partie de la part des cotisations sociales que les caisses d'assurance maladie prennent en charge pour les médecins du secteur I.

Les médecins du secteur II acquitteront une somme équivalant à la part des cotisations qu'auraient prise en charge les caisses si les dispositions concernant le secteur I leur étaient applicables.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans le modifier.

Art. 6

Organisation des unions

Cet article crée dans chaque région une "union des médecins exerçant à titre libéral" ayant un régime juridique de droit privé.

Votre commission vous propose à titre indicatif de supprimer la division de ces unions en deux sections (généralistes et spécialistes) élues par deux collèges. Si la nature des missions des unions était telle qu'elle justifie une telle division, qui correspond dans les faits à deux modes d'exercice de la médecine, la commission pourrait être sensible à cette argumentation. Mais il semble malheureusement que des préoccupations électoralistes ne soient pas étrangères à la mise en place de ce dispositif.

La commission souhaite donc entendre les explications du Gouvernement sur ce point.

Sous la réserve de son amendement, elle vous demande d'adopter cet article.

Art. 7

Election des membres des unions

Cet article dispose à la fois que les unions représenteront l'ensemble des médecins exerçant à titre libéral et que seuls seront électeurs et éligibles les médecins conventionnés.

Votre commission vous propose de résoudre, par voie d'amendement, cette contradiction en accordant le bénéfice de l'électorat et de l'éligibilité à tous les médecins exerçant à titre libéral ; l'adoption de cet amendement serait conforme à l'esprit du projet de loi, et notamment à la définition des missions des unions (qui sont recensées en son article 8), dont la plupart dépassent le cadre des compétences conventionnelles.

La division du corps électoral en deux collèges appelle les mêmes remarques que celles énoncées dans le commentaire de l'article précédent.

Les candidatures à ces unions seront présentées, soit par une organisation syndicale représentative au plan national, soit par une organisation syndicale de médecins non représentative mais présente dans la moitié au moins des départements de la région.

Ce monopole syndical, malmenant quelque peu le principe de représentativité suscite des réserves de la part de votre commission.

Elle vous propose, cependant, l'adoption de cet article modifié par son seul amendement.

Art. 7 bis

Echelon départemental des unions

Cet article offre aux unions régionales la faculté de créer un échelon départemental qui assure les missions qui lui sont confiées par les unions régionales.

Cette faculté peut être considérée comme tout à fait positive ; en effet, il est difficilement concevable que la régulation du système de santé puisse s'effectuer de manière comparable entre une région telle que l'Ile de France et d'autres régions moins peuplées et où la densité médicale est plus faible.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Art. 8

Missions des unions

Les missions des unions professionnelles seront très larges, et dépasseront le champ des compétences conventionnelles. En effet, elles participeront notamment à des actions de régulation du système de santé ainsi qu'à des actions de prévention et de coordination avec les autres professions de santé.

Elles constituent une pièce maîtresse du dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses, dans la mesure où elles seront chargées d'évaluer les comportements et les pratiques professionnelles des médecins en vue de garantir la qualité des soins.

Les instances conventionnelles et les syndicats représentatifs de médecins pourront en outre leur confier des missions supplémentaires.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Art. 9

Financement des unions

Le financement des unions est assuré à titre principal par une contribution obligatoire versée par chaque médecin conventionné exerçant à titre libéral et assise sur le revenu.

Les unions représentant l'ensemble des médecins libéraux, votre commission vous propose d'élargir le champ d'application de ces dispositions en incluant les médecins non conventionnés.

Le montant de la contribution est fixé par décret après avis des syndicats représentatifs dans la limite d'un taux de 0,5 % du montant annuel du plafond de la sécurité sociale. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles en vigueur pour celui des cotisations personnelles d'allocations familiales.

Cet article dispose également que les unions pourront recevoir des subventions et concours financiers divers.

La commission vous propose l'adoption de cet article tel qu'amendé.

Art. 10

Dispositions d'application

Cet article prévoit l'intervention d'un décret en Conseil d'Etat pour fixer les modalités d'application du titre II du projet de loi (Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral).

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Art. 11

Adaptation aux centres de santé

Cet article prévoit que les mécanismes de maîtrise des dépenses de santé sont applicables aux centres de santé agréés. L'adaptation de ces dispositions auxdits centres (définition des références médicales, mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise des dépenses, fixation des objectifs prévisionnels et des tarifs) sera réalisée par décret.

Il convient de supprimer le deuxième alinéa de cet article relatif à l'adaptation aux centres de santé des dispositions de la convention des infirmiers ; il est désormais sans objet, l'Assemblée nationale ayant supprimé l'article 10 bis du projet de loi.

Art. 12

Suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales des médecins, chirurgiens-dentistes

Cet article prévoit la possibilité pour les caisses de suspendre leur participation au financement des cotisations d'assurance maladie, allocations familiales et retraite de praticiens conventionnés en cas de violation par ceux-ci de leurs obligations conventionnelles. Cet article doit également être amendé afin de tenir compte de la suppression de l'article 10 bis par l'Assemblée nationale, une référence aux dispositions prévues par cet article étant toujours présente dans le texte proposé.

Art. 13

Régime social des médecins admis en secteur promotionnel

L'article 2 du projet de loi prévoit que les instances conventionnelles pourront créer un "secteur promotionnel", c'est-à-dire accepter le principe de majorations d'honoraires en vue de valoriser certaines pratiques médicales de qualité.

L'article 13 définit en conséquence la protection sociale dont bénéficieront ces praticiens. Il prévoit que ces médecins auront la faculté de demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

S'ils ne le souhaitent pas, optant ainsi pour le régime d'assurance maladie et maternité des praticiens conventionnés, ils seront soumis à un régime de cotisations qui aura pu être modulé à leur attention.

Votre commission vous demande d'adopter cet article sans modification.

Art. 15

Règlement de certains litiges

Cet article prévoit que les litiges pouvant survenir à l'occasion des procédures de déconventionnement des médecins, chirurgiens-dentistes et laboratoires sont de la compétence des tribunaux administratifs.

Cet article doit également être amendé afin de prendre en considération la suppression de l'article 10 bis relatif aux infirmiers.

Art. 16

Dispositions relatives au codage des actes et des pathologies

Cet article confie aux caisses nationales des régimes d'assurance maladie des missions d'organisation et de coordination en matière de collecte et de vérification des informations relatives à leurs bénéficiaires, ainsi qu'à la sécurité de ces informations. Votre commission souhaite voir apporter une modification rédactionnelle à cette première disposition, afin de préciser que les mesures d'organisation et de coordination auront un champ d'application interne à ces régimes. Elles concerneront notamment les caisses nationales et les caisses primaires, à l'exclusion des professions de santé.

L'article 16 du projet de loi crée également une obligation de transmission des numéros de codes d'actes ou de pathologies en vue de permettre le remboursement aux assurés sociaux.

Votre commission a déposé un amendement indicatif supprimant l'adjectif "diagnostiquées" qui qualifie dans le texte proposé pour l'article L. 161-29 le codage des pathologies. En effet une pathologie n'est pas nécessairement "diagnostiquée" par le médecin ; elle peut par exemple être recherchée, ou envisagée, lorsque le médecin prescrit des examens complémentaires qui visent précisément à établir son diagnostic. Votre commission souhaite entendre les explications du Gouvernement sur ce point.

L'article 16 prévoit également que le personnel administratif des caisses, qui sera soumis aux règles du secret dans les conditions prévues par l'article 378 du code pénal, aura connaissance pour l'accomplissement et pendant la durée de ses fonctions des numéros de code des actes effectués et des pathologies. Mais seuls les praticiens conseils auront accès aux données nominatives résultant des traitements informatiques.

Cet article prévoit enfin la constitution d'un comité paritaire chargé de la mise en oeuvre du codage des pathologies. Conformément à l'esprit de l'ensemble du projet de loi, il appartiendra aux médecins et aux caisses de définir ensemble les instruments de la maîtrise médicalisée des dépenses. La participation de représentants des établissements de santé laisse à penser que le codage des pathologies s'inspirera des travaux accomplis dans le cadre du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI).

Sous la réserve de ces deux amendements, votre commission vous demande d'adopter cet article.

Art. 17

Validation de dispositions prises en application de la convention du 9 mars 1990

La convention médicale signée le 9 mars 1990 ne pouvant plus être appliquée après la décision du Conseil d'Etat du 10 juillet 1992, le présent article valide les décisions qui ont été prises en application de cette convention jusqu'à l'approbation d'une nouvelle convention et au plus tard jusqu'au 31 décembre 1992.

Votre commission considère que ce délai est très court ; non seulement le présent projet de loi élargit notablement les compétences de la convention médicale, qui ne pourra donc pas être conclue dans la précipitation, mais le texte qui vous est soumis, s'il est adopté, ne sera probablement pas promulgué avant cette date.

Votre commission vous demande donc de repousser cette date limite au 30 juin 1993.

*

* *

Sous le bénéfice de ces observations et sous la réserve des amendements qu'elle soumet à votre examen, votre commission vous demande d'adopter le présent projet de loi.

TABLÉAU COMPARATIF

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture	Propositions de la commission
<p>Projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.</p>	<p>Adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable dont l'objet est de faire décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération</p>	<p>Projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.</p>	<p>Projet de loi relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.</p>
<p>Article premier.</p>		<p>Article premier.</p>	<p>Article premier.</p>
<p>Il est inséré dans le code de la sécurité sociale après l'article L. 162-1, un article L. 162-1-1 ainsi rédigé :</p>		<p>Supprimé</p>	<p>Suppression maintenue</p>
<p>« Art. L. 162-1-1. — Chaque année, le taux d'évolution global des dépenses présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, est fixé par un accord conclu entre les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et la classe nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre classe nationale d'assurance maladie visée à l'article L. 162-7. Ce</p>			

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p>taux tient compte des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie des professions de santé ainsi que des modes de coordination des différentes interventions dans le système de soins.</p>			
<p>Titre premier</p>		<p>Titre premier</p>	<p>Titre premier</p>
<p>Dispositions relatives aux relations des médecins avec l'assurance maladie</p>		<p>Dispositions relatives aux relations des médecins avec l'assurance maladie</p>	<p>Dispositions relatives aux relations des médecins avec l'assurance maladie</p>
<p>Art. 2.</p>		<p>Art. 2.</p>	<p>Art. 2.</p>
<p>L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un troisième alinéa ainsi rédigé :</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	<p>L'article ...</p>
<p>• La ou les conventions déterminent notamment :</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	<p>... par dix alinéas ainsi rédigés :</p>
<p>• 1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;</p>		<p>• 1° les ...</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>• 2° le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue des médecins et l'indemnisation ou la rémunération des médecins qui y participent ainsi que les modalités du financement des programmes d'évaluation de la pratique médicale, des expérimentations et des actions innovantes ;</p>		<p>... médecins d'exercice libéral ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>• 2° les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant d'une part une meilleure coordination de leurs interventions et d'autre part l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers;</p>	<p>• 2° les ...</p> <p>... interventions dans le respect du libre choix du médecin par le malade et d'autre part ...</p> <p>... hospitaliers;</p>

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

—
•3° les modalités de
mise en oeuvre de l'article
L. 162-6-3;

—
•3° les objectifs et les
modalités d'organisation
de la formation médicale
continue conventionnelle
dont le financement est
assuré d'une part en ce qui
concerne les actions de
formation par une
contribution conven-
tionnelle des médecins et
d'autre part en ce qui
concerne l'indemnisation
ou la rémunération des
médecins qui y participent
par une dotation des
caisses;

—
Alinéa sans modification

•4° les modalités de
financement des expéri-
mentations et des actions
innovantes;

Alinéa sans modification

•5° les modalités de
réalisation et de
financement de program-
mes d'évaluation des
stratégies diagnostiques
et thérapeutiques permet-
tant l'établissement de
recommandations médica-
les nationales et locales;

•5° les ...

... l'établissement de
références médicales ...
... locales;

•6° les mécanismes de
maîtrise des dépenses
médicales concourant au
respect des dispositions
prévues à l'article L. 162-
6-1 concernant d'une part
la définition des
références médicales
opposables à chaque
médecin en tenant
compte, s'il y a lieu, de la
spécificité de son exercice
et d'autre part la mise en
oeuvre de contrats locaux
de maîtrise des dépenses
dans chaque circons-
cription de caisse;

Alinéa sans modification

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

«4° le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion. Elles peuvent prévoir de subordonner le versement de cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice libéral de la médecine ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

«5° les conditions dans lesquelles les tarifs visés à l'article L. 162-6-1 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés, en vue de valoriser une pratique médicale répondant à des critères de qualité qu'elles déterminent.»

«7° le cas échéant les modalités ...

... subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus;

«8° le cas échéant les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés ...

... conventionnés ou certaines activités en vue de ...
... médicale correspondant à des critères ...
... déterminent;

«9° les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° du relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.»

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p>—</p> <p>Art. 3.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>Art. 3.</p>	<p>—</p> <p>Art. 3.</p>
<p>L'article L. 162-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>«<i>Art. L. 162-6.</i>» La ou les conventions, leurs annexes ou avenants n'entrent en vigueur, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction qu'après approbation par arrêté interministériel. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie médicale.</p>		<p>«<i>Art. L. 162-6.</i>» Alinéa sans modification</p>	
<p>«<i>Dès leur approbation,</i> la ou les conventions nationales sont applicables à l'ensemble des médecins concernés.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>«<i>Toutefois,</i> ses dispositions ne sont pas applicables :</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>«<i>1°</i> aux médecins qui, dans les conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions ;</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

« 2° aux médecins que la caisse primaire d'assurance maladie a décidé de placer hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon des conditions prévues par la convention ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre. »

Art. 4.

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-6, les articles L. 162-6-1, L. 162-6-2 et L. 162-6-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 162-6-1.- Chaque année, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, compte tenu des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie médicale ainsi que de la coordination des différents intervenants du système de soins et des transferts qui en découlent :

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

« 2° aux médecins ...

... la convention, leur permettant notamment de présenter leurs observations; elle ne fait pas ...

... livre. »

Art. 4.

Alinéa sans modification

« Art. L. 162-6-1.-
Alinéa sans modification

Art. 4.

Alinéa sans modification

« Art. L. 162-6-1.-
Alinéa sans modification

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p>•1° des taux nationaux d'évolution prévisionnels des dépenses présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail. Ces taux portent sur l'activité des médecins généralistes, d'une part, et des médecins spécialistes, d'autre part. Ils concernent les honoraires des médecins, y compris les frais accessoires. Ils concernent également les prescriptions, à hauteur du montant servant de base au remboursement;</p>		<p>•1° les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales. Ces objectifs portent respectivement sur l'activité des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Ils concernent d'une part les honoraires et rémunérations des médecins, y compris les frais accessoires et d'autre part les prescriptions;</p>	<p>•1° les ...</p> <p>... les prescriptions. <i>Les objectifs concernant les prescriptions sont fixés en concertation avec les syndicats représentatifs des professions de santé concernées;</i></p>
<p>•2° les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions;</p>		<p>•2° les tarifs des honoraires, des rémunérations et des frais accessoires ...</p> <p>... conventions;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>•3° Le cas échéant, l'adaptation, en cohérence avec ceux-ci, des taux nationaux prévus au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année que l'annexe détermine.»</p>		<p>•3° les références médicales nationales qui concourent à la réalisation des objectifs prévisionnels prévus par le 1°.»</p>	<p>•3° les ...</p> <p>... par le 1°. <i>Ces références sont établies en concertation avec les syndicats représentatifs des professions de santé concernées.»</i></p>
<p>•Art. L. 162-6-2.- A défaut de signature avant le 15 décembre, ou d'approbation avant le 31 décembre, de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-6-1, les taux et les tarifs en vigueur visés à cet article sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an.</p>		<p>•Art. L. 162-6-2.- A ...</p> <p>... l'article L. 162-6-1, les objectifs prévisionnels et les tarifs en vigueur ...</p> <p>... un an.»</p>	<p>•Art. L. 162-6-2.- Non modifié</p>

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

«A l'issue de cette période, et à défaut de signature ou d'approbation d'une nouvelle annexe, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après avis des caisses nationales d'assurance maladie visées à l'article L. 162-7 et des organisations syndicales des médecins visées à l'article L. 162-5, signataires de la convention, les mesures prévues à l'article L. 162-6-1.»

«Art. L. 162-6-3.- La ou les conventions nationales prévoient, en cas de dépassement des taux mentionnés à l'article L. 162-6-1 la possibilité de mettre à la charge des médecins tout ou partie des cotisations des caisses d'assurance maladie prévues aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou de la prise en charge prévue à l'article L. 162-8-1. Elles fixent les conditions dans lesquelles les médecins présentent leurs observations.

Alinéa supprimé

«Art. L. 162-6-3.- 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 ...

... dans lesquelles le médecin présente ses observations.

«Art. L. 162-6-3.- Non modifié

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

«Lorsque la ou les conventions nationales prévoient que certains médecins peuvent choisir de pratiquer des tarifs différents de ceux qu'elles fixent, elles déterminent les modalités selon lesquelles ces médecins acquittent en cas de dépassement des taux, une contribution d'un montant équivalent aux cotisations des caisses qui auraient été remises à leur charge s'il leur avait été fait application de l'alinéa précédent.

«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. 162-8-1.»

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

«Lorsque ...

... prévoient la possibilité pour un médecin de pratiquer ...

... lesquelles le médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales visées à l'alinéa précédent acquitte une contribution ...

... remises à sa charge s'il lui avait été fait application de l'alinéa précédent.

Alinéa sans modification

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p align="center">—</p> <p align="center">Art. 5.</p> <p>A défaut de signature avant le 15 décembre 1992 ou d'approbation avant le 31 décembre 1992, de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-6-1 du code de la sécurité sociale et applicable à l'année 1993, les tarifs visés au 2° de cet article sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an. Les taux d'évolution en volume des dépenses applicables en 1993 sont égaux à ceux retenus pour l'année 1992 par l'annexe conventionnelle signée pour cette dernière année.</p>	<p align="center">—</p>	<p align="center">—</p>	<p align="center">—</p>
<p align="center">Titre II</p>		<p align="center">Titre II</p>	<p align="center">Titre II</p>
<p>Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral</p>		<p>Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral</p>	<p>Dispositions relatives aux unions des médecins exerçant à titre libéral</p>
<p align="center">Art. 6.</p>		<p align="center">Art. 6.</p>	<p align="center">Art. 6.</p>
<p>Il est créé dans chaque département une union des médecins exerçant à titre libéral.</p>		<p>Il est créé dans chaque région une union libéral.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Chaque union regroupe en une assemblée les élus des collèges prévus à l'article 7. Les élus de chaque collège peuvent se réunir, en tant que de besoin, en section, selon les modalités fixées par décret.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa supprimé</p>
<p>Les unions sont des organismes de droit privé.</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

Art. 7.

Les membres des unions sont élus par les médecins exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel, au scrutin de liste proportionnel à la plus forte moyenne.

Deux collèges d'électeurs sont constitués, un collège des généralistes et un collège des spécialistes.

Tous les électeurs sont éligibles. Ils ne peuvent être élus qu'au titre du collège dans lequel ils sont électeurs.

Les candidatures sont obligatoirement présentées par une des organisations syndicales les plus représentatives au sens de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Art. 7 bis.

Il est créé à partir des unions départementales un échelon régional qui assure les missions qui lui sont confiées par les unions départementales.

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

Art. 7.

Les membres des unions sont élus pour une durée de six ans par les médecins ...

... moyenne.

Deux ...

... un collège de médecins généralistes et un collège de médecins spécialistes.

Alinéa sans modification

Les candidatures sont présentées :

1° soit par une organisation syndicale représentative de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, mentionnée par l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale;

2° soit par une organisation syndicale nationale de médecins généralistes ou de médecins spécialistes, présente dans la moitié au moins des départements de la région.

Art. 7 bis.

Le cas échéant, il est créé par les unions régionales, un échelon départemental qui assure...

... unions régionales.

**Proposition de la
commission**

Art. 7.

Les ...

... médecins exerçant à titre libéral, au scrutin ...

... moyenne.

Alinéa supprimé

Tous les électeurs sont éligibles.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Art. 7 bis.

Sans modification

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p>—</p> <p>Art. 8.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.</p>		<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>
		<p>Les unions ...</p>	<p>Sans modification</p>
		<p>... soins.</p>	
		<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Elles participent notamment aux actions suivantes :</p>			
<p>- Analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;</p>			
<p>- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;</p>			
<p>- Organisation et régulation du système de santé ;</p>			
<p>- Prévention et actions de santé publiques ;</p>			
<p>- Coordination avec les autres professionnels de santé ;</p>			
<p>- Information et formation des médecins et des usagers.</p>			

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p style="text-align: center;">Art. 9.</p>		<p>Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et celles qui leur sont confiées par les organisations syndicales représentatives de médecins.</p>	
<p>Les unions perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.</p>		<p style="text-align: center;">Art. 9. Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Art. 9.</p> <p>Les ...</p> <p style="text-align: right;">... libéral. La contribution ...</p> <p>... profession.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>Le montant annuel de cette contribution est fixé par décret, après consultation des organisations syndicales de médecins visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un taux de 0,50 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.</p>			
<p>Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.</p>			

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

Les organismes chargés du recouvrement de la contribution peuvent percevoir des frais de gestion dont les modalités et le montant seront fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les unions peuvent également recevoir, au titre des missions dont elles ont la charge, des subventions et des concours financiers divers.

Art. 10.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent titre et notamment la composition, le mode de fonctionnement et les modalités d'organisation et de financement des élections des membres des unions départementales des médecins exerçant à titre libéral et les conditions dans lesquelles les organismes chargés du recouvrement reversent la contribution aux unions.

Titre II bis

**Dispositions relatives
aux relations des
infirmiers avec
l'assurance maladie**

Art. 10 bis.

I.- Après l'article L. 162-12 du code de la sécurité sociale, sont insérées les dispositions suivantes :

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Art. 10.

Un ...

... unions des médecins exerçant ...

... unions.

Titre II bis

**Division et intitulé
supprimés**

Art. 10 bis.

Supprimé

Art. 10.

Sans modification

**Suppression de la
division et de l'intitulé
maintenus**

Art. 10 bis.

Suppression maintenue

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**Texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

**• Sous-section 3 •
Dispositions relatives aux
infirmiers.**

**• Art. 1. 162-12-1. - Les
infirmiers sont tenus
d'effectuer leurs actes
dans le respect des
dispositions prises pour
l'application du titre II du
livre IV du code de la
santé publique et en
observant la plus stricte
économie compatible avec
l'exécution des
prescriptions •**

**• Art. 1. 162-12-2. - Les
rapports entre les caisses
primaires 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.**

**• Cette convention
détermine notamment :**

**• 1° les obligations
respectives des caisses
primaires d'assurance
maladie et des infirmiers
ainsi que les conditions
dans lesquelles sont pris
en charge les actes
effectués par un infirmier
remplaçant un infirmier
conventionné et les actes
effectués par les
infirmiers conventionnés
dans les établissements et
structures d'hébergement
de toute nature ;**

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

•2° les conditions d'organisation de la formation continue des infirmiers ainsi que le financement de cette formation;

•3° les conditions à remplir par les infirmiers pour être conventionnés et notamment celles relatives à la durée minimum d'expérience professionnelle acquise en équipe de soins généraux au sein d'un service organisé, aux sanctions prononcées le cas échéant à leur encontre pour des faits liés à l'exercice de leur profession et au suivi d'actions de formation;

•4° le financement des instances nécessaires à la mise en oeuvre de la convention et de ses annexes annuelles;

•5° sans préjudice des compétences du pouvoir réglementaire, les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 162-12-4, mécanismes qui peuvent comporter un seuil d'activité individuelle compatible avec la qualité des soins, au-delà duquel les honoraires perçus peuvent donner lieu, pour tout ou partie de la dépense correspondante des régimes d'assurance maladie, à versement aux dits régimes;

•6° les modalités du versement prévu au 5° ainsi que les conditions dans lesquelles les infirmiers présentent leurs observations.

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

« Les dispositions de l'article L. 162-7 sont applicables à la convention prévue par le présent article. »

« Art. L. 162-12-3.- La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.

« Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des infirmiers. Toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables :

« 1° aux infirmiers qui ne remplissent pas les conditions prévues au 3° de l'article L. 162-12-2 ;

« 2° aux infirmiers qui ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par la convention ;

« 3° aux infirmiers dont la caisse primaire a constaté qu'ils se sont placés hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit. Cette décision est prononcée dans les conditions prévues par la convention. »

« Art. L. 162-12-4.- Une annexe à la convention prévue à l'article L. 162-12-2, mise à jour annuellement, fixe notamment :

« 1° l'objectif national quantifié d'évolution des dépenses en soins infirmiers à la charge des régimes d'assurance maladie ;

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	Texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p>«2° les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux infirmiers par les assurés sociaux ;</p>			
<p>«3° le cas échéant, l'adaptation, en cohérence avec celui-ci, de l'objectif mentionné au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année, que l'annexe détermine.»</p>			
<p>«Art. L. 162-12-5.- A défaut de la signature d'une convention nationale ou à défaut de son approbation, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers, les mécanismes prévus au 5° de l'article L. 162-12-2.»</p>			
<p>«Art. L. 162-12-6.- A défaut de la signature avant le 15 décembre de l'annexe prévue à l'article L. 162-12-4 ou de son approbation avant le 31 décembre, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers, les éléments mentionnés à l'article L. 162-12-4.»</p>			

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

—
**•Art. L. 162-12-7.- Les
dispositions des articles L.
162-9 à L. 162-12 ne sont
pas applicables aux
infirmiers.**

**II. - Dans le code de la
sécurité sociale, les
références à l'article L.
162-9 sont complétées, en
tant qu'elles concernent
les infirmiers, par une
référence à l'article L.
162-12-2.**

**III. - Après l'article L.
722-8 du code de la
sécurité sociale, il est
inséré un article L. 722-8-
1 ainsi rédigé :**

**•Art. L. 722-8-1.- Par
dérogation aux
dispositions de l'article
précédent, les infirmières
qui relèvent à titre
personnel du régime
d'assurance obligatoire
instituée par le présent
chapitre bénéficient à
l'occasion de leur
maternité d'une allocation
forfaitaire de repos
maternel spécifique,
destinée à compenser
partiellement la
diminution de leur
activité.**

**•Lorsqu'elles font
appel à un confrère pour
se faire remplacer dans
l'activité professionnelle
ou à du personnel pour se
faire remplacer dans les
travaux ménagers qu'elles
effectuent habituel-
lement, cette indemnité
est complétée d'une
indemnité de rempla-
cement spécifique,
proportionnelle à la durée
et au coût de celui-ci.**

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

• Les conjointes des infirmiers relevant du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre qui remplissent les conditions de collaboration professionnelle définie par le décret prévu à l'article précédent, bénéficient des allocations prévues par le présent article.

• Les femmes mentionnées aux premier et troisième alinéas bénéficient à l'occasion de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance, ou par une oeuvre d'adoption autorisée, des allocations prévues par le présent article, dans les conditions suivantes :

• 1° l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;

• 2° l'allocation de remplacement est due pour la ou les périodes de remplacement se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité.

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Senat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

—
• Les mesures d'application et notamment le montant des allocations et la durée maximum du remplacement indemnisable sont fixés par décret. Ce décret fixe également le taux de la cotisation supplémentaire mise à la charge des intéressés pour financer ces allocations spécifiques.

• Les montants maximaux des allocations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées par les articles L. 141-3 et L. 141-4 du code du travail pour le salaire minimum de croissance. »

IV.- Au deuxième alinéa de l'article L. 722-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « du personnel salarié » sont remplacés par les mots : « un confrère ou à du personnel ».

Titre III

Dispositions diverses

Art. 11.

L'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les dispositions de la convention nationale des médecins prises pour l'application du 3° de l'article L. 162-5 et de l'article L. 162-6-1 sont adaptées par décret aux actes médicaux dispensés par les centres de santé agréés.

Titre III

Dispositions diverses

Art. 11.

Alinéa sans modification

« Les ...

... l'application du 6° de l'article ...

... agréés.

Titre III

Dispositions diverses

Art. 11.

L'article ...

par un alinéa ainsi rédigé :

Alinéa sans modification

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<p>• Les dispositions de la convention nationale des infirmiers prises pour l'application du 5° de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-4 sont adaptées par un décret aux soins infirmiers dispensés par les centres de santé agréés. »</p>		Alinéa sans modification	Alinéa supprimé
Art. 12.		Art. 12.	Art. 12.
<p>I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>		Sans modification	Alinéa sans modification
<p>• Il en est de même des praticiens et auxiliaires médicaux pour lesquels les caisses décident, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1 de suspendre le versement qui leur incombe en application de l'alinéa précédent. »</p>			• Il ...
<p>II. - Le dernier alinéa de l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>			... L. 162-9, et L. 162-14-1
<p>• Il en est de même des praticiens et auxiliaires médicaux pour lesquels les caisses décident, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1 de suspendre le versement qui leur incombe en application du 2° ci-dessus. »</p>			... précédent. »
			II. - Alinéa sans modification
			• Il ...
			... L. 162-9, et L. 162-14-1
			... ci-dessus. »

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

Art. 13.

Art. 13.

Art. 13.

I.- L'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés:

I.- Alinéa sans modification

Sans modification

• Les deux premiers alinéas du présent article sont applicables aux médecins qui sont autorisés à appliquer les tarifs majorés visés au 5° de l'article L. 162-5.

• Les ...

... visés au 8° de l'article L. 162-5.

Alinéa sans modification

• Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge, dans des conditions fixées par décret, une partie des cotisations dues, en application du 1° de l'article L. 612-1 par les médecins visés à l'alinéa précédent.

II. - Alinéa sans modification

II. - L'article L. 722-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé:

• Les ...

• Les taux des cotisations prévus au premier alinéa peuvent être modulés pour tenir compte des bénéficiaires du présent chapitre, autorisés à pratiquer des honoraires majorés en application du 5° de l'article L. 162-5.

... application du 8° de l'article L. 162-5.

Art. 14.

Art. 14.

Art. 14.

Supprimé

Suppression maintenue | **Suppression maintenue**

Texte considéré comme adopté par l'Assemblée nationale en première lecture	Texte adopté par le Sénat en première lecture	texte adopté par l'Assemblée Nationale en nouvelle lecture	Proposition de la commission
<hr/> <p>Art. 15</p>	<hr/>	<hr/> <p>Art. 15</p>	<hr/> <p>Art. 15</p>
L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :		<p>Sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
«Art. L. 162-34.- Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application du dernier alinéa (2°) de l'article L. 162-6, du quatrième alinéa de l'article L. 162-11, du cinquième alinéa (3°) de l'article L. 162-12-3 et du quatrième alinéa (2°) de l'article L. 162-14-3 sont de la compétence des tribunaux adminis- tratifs.»			<p>«Art. L. 162-34.- Les...</p>
			<p>... L. 162-11 et du quatrième ...</p>
			<p>... administratifs.»</p>
		<p>Art. 16</p>	<p>Art. 16</p>
		<p>Au chapitre premier du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale (première partie : dispositions législatives), est ajoutée une section 4 ainsi rédigée;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>«Section 4</p>	<p>«Section 4</p>
		<p>«Art. L. 161-28. - Les caisses nationales des régimes d'assurance maladie ont pour mission de participer à la maîtrise de l'évolution des dépenses. A cette fin, elles prennent toutes mesures d'organisation et de coordination, notamment de collecte, de vérification et de sécurité des informations relatives à leurs bénéficiaires et aux prestations qui leur sont servies.»</p>	<p>«Art. L. 161-28. - Les</p>
			<p>... coordination internes à ces régimes, notamment ...</p>
			<p>... servies.»</p>

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

•Art. L. 161-29. - En vue de permettre le remboursement aux assurés sociaux des prestations, les professionnels et les organismes ou établissements facturant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie dispensés à des assurés sociaux ou leurs ayants droit, communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés, le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées.

•Pour assurer l'exécution de leurs missions, les caisses nationales mettent en oeuvre un traitement automatisé des données mentionnées à l'alinéa précédent.

•Sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant, le personnel des organismes d'assurance maladie a connaissance, dans le cadre de ses fonctions et pour la durée nécessaire à leur accomplissement, des numéros de code de pathologies diagnostiquées, des actes effectués et des prestations servies au bénéfice d'une personne déterminée, tels qu'ils figurent sur le support utilisé pour la transmission prévue au premier alinéa ou dans les données issues du traitement susvisé.

•Art. L. 161-29. - En ...

... pathologies.

Alinéa sans modification

•Sous ...

... pathologies, des actes ...

... susvisé.

Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture

Texte adopté par le
Sénat en première
lecture

texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture

Proposition de la
commission

•Seuls les praticiens-
conseils et les personnels
placés sous leur autorité
ont accès aux données
nominatives issues du
traitement susvisé,
lorsqu'elles sont associées
au numéro de code d'une
pathologie diagnostiquée.

•Seuls

... pathologie.

•Le personnel des
organismes d'assurance
maladie est soumis à
l'obligation de secret dans
les conditions et sous les
peines prévues à l'article
378 du code pénal.

Alinéa sans modification

•Un décret en Conseil
d'Etat, pris après
consultation du comité
national paritaire de
l'information médicale
visé à l'article L. 161-30,
et après avis de la
Commission nationale de
l'informatique et des
libertés, précisera les
modalités d'application du
premier alinéa du présent
article.

Alinéa sans modification

•Art. L. 161-30 - Il est
créé un comité national
paritaire de l'information
médicale présidé par un
magistrat comprenant
d'une part des
représentants des caisses
nationales d'assurance
maladie et d'autre part
des représentants des
professions et
établissements de santé.

•Art. L. 161-30 - Non
modifié

•Le comité national
est consulté sur la mise en
oeuvre des dispositions du
premier alinéa de l'article
L. 161-29.

**Texte considéré
comme adopté par
l'Assemblée nationale
en première lecture**

**Texte adopté par le
Sénat en première
lecture**

**texte adopté par
l'Assemblée Nationale
en nouvelle lecture**

**Proposition de la
commission**

«Le comité national définit les conditions d'élaboration du codage des pathologies diagnostiquées ainsi que les modalités de collecte, de traitement et d'utilisation des données issues de ce traitement.

«La composition et les modalités de fonctionnement du comité sont fixées par un décret. Les membres du comité sont nommés par un arrêté conjoint du ministre de la justice et du ministre chargé de la sécurité sociale.»

Art. 17

Tous les actes pris en application de la convention nationale des médecins conclue le 9 mars 1990 sont validés jusqu'à l'approbation d'une nouvelle convention et au plus tard jusqu'au 31 décembre 1992.

Art. 17

Tous...

... jusqu'au 30 juin 1993.