



Propositions **supplémentaires**
au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008
adopté en première lecture par l'Assemblée nationale le 30 octobre 2007

Les propositions du CISS figurent en gras pour les ajouts et en texte rayé pour les suppressions

**AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Allegro Fortissimo- Alliance Maladies Rares -
ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France- FFAAIR - Familles Rurales -
FNAMOC - FNAP-PSY - FNAIR- FNATH - Ligue Contre le Cancer - LE LIEN -
ORGECO - SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la
Mucoviscidose**

Médecins-Patients : deux poids, deux mesures dans le PLFSS 2008

D'un côté, des Etats Généraux sur l'organisation des soins sont annoncés début 2008 et les mesures initialement prévues sont retirées. De l'autre, un large débat sur le financement des dépenses de santé est également annoncé début 2008 ... mais les franchises sont maintenues !

Nous constatons en effet que les mesures initialement prévues en matière de répartition de l'offre sur le territoire ont été retirées avec l'annonce de la tenue d'Etats Généraux de l'organisation des soins (EGOS) pour début 2008.

Si l'annonce de ces-derniers constitue une bonne nouvelle, et nous n'allons pas dire le contraire après avoir soutenu que la réforme du système de santé passait nécessairement par un large consensus social qui requiert de s'appuyer sur l'opinion de nos concitoyens, nous nous étonnons de voir comment cette annonce se traduit immédiatement par la suppression des mesures correspondantes dans le PLFSS 2008.

Malgré tout, nous tenons à rappeler ici pourquoi cette voie de la concertation large de l'ensemble des acteurs nous paraît la plus viable. En premier lieu, du fait que les Français sont devenus très attentifs aux questions que pose notre système de santé car ils ne comprennent pas comment, avec les montants financiers mobilisés (cotisations au régime obligatoire, cotisations aux complémentaires, forfaits, franchises, et reste à charge), ils peuvent se retrouver exclus des soins. Le sentiment de chacun étant de contribuer de façon disproportionnée à un système qui ne parvient pourtant pas à résoudre des problèmes aussi évidents que la répartition des médecins sur le territoire, les dépassements d'honoraires et son corollaire qu'est la difficulté d'accès aux soins pour une frange de plus en plus large de la population.

Nous appelons donc à de véritables EGOS qui mettent à parité :

- Les réflexions en région et sur le plan national : ne recommençons pas à faire des Etats généraux par le haut, comme si les régions n'avaient rien à produire. La séance de lancement des EGOS peut avoir lieu à Paris mais pas sans expression régionale ! Chacun se souvient encore des Etats généraux de la prévention dont les conclusions ont été adoptées sans tenir compte des attentes en région.
- L'ensemble des acteurs : les usagers ne doivent pas être une variable d'ajustement dans cette affaire. Les Etats généraux doivent réunir des représentants des organisations de cotisants et des représentants des usagers du système de santé au même titre que les organisations de professionnels de santé, les financeurs, les services de l'Etat et les élus. On ne saurait en effet exclure d'Etats généraux de l'organisation de la santé les usagers du système qui en constituent également les principaux financeurs.

En revanche, s'agissant des nouvelles mises à contribution des français via les franchises sur les médicaments, les transports et les actes paramédicaux, force est de constater que le débat n'est pas abordé par le gouvernement dans les mêmes dispositions. Pourtant, le Président de la République lui-même a renvoyé au premier semestre 2008 l'instauration d'un débat public sur le financement des dépenses de santé.

En l'état, nous tenons donc à rappeler notre opposition aux franchises médicales car :

- ce sont des taxes qui ne disent pas leur nom et dès lors, elles fonctionnent comme une double peine pour les malades,
- les malades étant seuls visés, c'est une rupture dans la solidarité des biens portants à leur égard. Somme toute, c'est comme si les personnes ayant charge d'enfants ne bénéficiaient pas de la solidarité de toute la Nation pour le financement des crèches ou de l'éducation,
- elles visent des malades chroniques qui n'ont pas d'autre choix que de recourir aux soins subissant de fait une aggravation de leur reste à charge alors que leurs conditions de vie les contraignent déjà à faire des choix pénibles dans les dépenses de santé les plus nécessaires,
- elles visent injustement les victimes d'accidents ou de maladie du travail qui ont d'autant moins à devoir supporter un quelconque coût lié à la prise en charge de leur santé,
- elles divisent les malades entre eux, comprenant mal que certaines pathologies bénéficient d'une mobilisation aussi spécifique alors que d'autres nécessiteraient une prise en charge toute aussi importante. Au surplus, le PLFSS ne garantit en rien l'affectation des franchises projetées aux mesures annoncées.

Surtout, l'instauration des franchises est inacceptable dans un contexte où la Cour des Comptes, appelant l'Etat à un redressement volontariste des comptes de la sécurité sociale, esquisse des solutions plus équitables, de bien meilleur rendement et respectueuses du principe de solidarité entre tous.

Propositions supplémentaires	1
Financement de la démocratie sanitaire (article 9)	5
Négociations conventionnelles et dépenses d'assurance maladie (article 25)	6
Tarifs des actes et information des usagers (article 28).....	7
Transparence de la Haute Autorité de Santé (article 29)	8
Participation des associations d'usagers au sein de l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (après l'article 30)	9
Programmes personnalisés de prévention et soins des personnes vivant avec une maladie chronique (après l'article 31)	10
Suppression des franchises (article 35)	11
Service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du dossier médical personnel (article 36)	12
Garanties des patients dans l'historique des remboursements (après l'article 36)	13
Restriction des critères d'admission dans les ALD hors liste (article 38 V.).....	14
Attribution des financements du FIQSV au DMP (article 48)	15
Dotations pour le financement de l'ONIAM (article 52)	16
Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (après l'article 69)	17
Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat et des soins urgents (article 70)	18

AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Allegro Fortissimo- Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France- FFAAIR - Familles Rurales - FNAMEC - FNAP-PSY - FNAIR- FNATH - Ligue Contre le Cancer - LE LIEN - ORGECO - SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la Mucoviscidose 4

Financement de la démocratie sanitaire (article 9)

La reconnaissance légale de la nécessaire implication des représentants des usagers du système de santé dans les instances hospitalières et de santé publique¹ a été suivie d'un important mouvement de désignation de ces représentants dans les institutions de santé.

Pour faciliter l'expression de ce que l'on appelle la démocratie sanitaire, un réseau de coordination s'est créé. A ce jour, il est de fait le seul, mais ne cultive pour autant aucune vision hégémonique. Il est nécessaire de pérenniser son financement dans un fonds dédié à cet effet plutôt que de le contraindre comme cela est le cas aujourd'hui à solliciter des moyens dans le cadre des crédits d'intervention de l'Etat dont l'objet est distinct de la démocratie sanitaire.

Par ailleurs, pour pouvoir être pleinement exercé, un mandat de représentant doit être accompagné d'un remboursement des frais exposés à l'occasion de ce mandat, ainsi que la perte de salaire correspondante.

D'ailleurs, d'ores et déjà, les administrations publiques, comme le CISS, constatent un désengagement des représentants en raison des difficultés d'accomplissement de leur mandat. Ceci est particulièrement souligné pour les comités de protection de la recherche où l'absence de représentant des usagers du système de santé entache d'irrégularité les délibérations adoptées par ces comités et les décisions prises sur avis de ces comités par les autorités publiques.

C'est dans ces conditions qu'il est proposé d'ajouter à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale les mots : « et du Fonds de financement de la démocratie sanitaire » en précisant que les modalités de composition et de fonctionnement du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Article 9

- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

(...)

4° Au premier alinéa de l'article L. 245-1, après les mots : « des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « de la Haute Autorité de santé **et du Fonds de financement de la démocratie sanitaire dont les modalités de composition et de fonctionnement sont fixées par décret en Conseil d'Etat** » ;

¹ Article L. 1114-1 du code de la santé publique

Négociations conventionnelles et dépenses d'assurance maladie (article 25)

Depuis de nombreuses années, des conventions règlent les engagements des professions de santé avec l'assurance maladie et depuis 2004 avec l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie.

Cependant, il est observé, comme cela vient d'ailleurs de se produire à effet du 1^{er} juillet 2007 pour la médecine de ville, qu'une nouvelle augmentation de la rémunération des professionnels de santé est accordée alors même que l'engagement conventionnel précédent est loin d'avoir été respecté, en matière de maîtrise médicalisée par exemple.

Dans ces conditions, il est proposé d'interdire toute négociation de nouvelles dispositions conventionnelles tant que les engagements dont étaient assortis la précédente convention n'ont pas été respectés en complétant le projet d'article 25.

Article 25

I. - Après l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-14-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-1-1. - I. - Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure* ».

« **Aucune mesure conventionnelle visant à l'augmentation de la tarification des actes ne peut faire l'objet d'une négociation tant que les objectifs de la précédente convention n'ont pas été atteints** ».

Tarifs des actes et information des usagers (article 28)

Si l'article 27 projeté va dans le bon sens en prévoyant une obligation d'information sur le tarif des actes, leur nature, et le montant du dépassement, il n'en reste pas moins que cette question du montant du dépassement est soumise à une vive critique.

Successivement, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie², l'Inspection Générale des Affaires Sociales³ et la Cour des Comptes⁴ ont soulevé le caractère excessif de certains de ces dépassements.

Le principal obstacle est l'appréciation totalement discrétionnaire du critère de « tact et mesure » figurant au code de déontologie pour justifier le montant du dépassement. Aussi, il est proposé que l'arrêté fixant le tarif remboursable des actes au-delà duquel une information écrite préalable est obligatoire, comporte également une expression chiffrée objective encadrant le critère de « tact et mesure ».

Article 28

I. - L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent le tarif opposable. Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé mise en œuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la proportion chiffrée que le dépassement ne peut excéder.

1

² Rapport du HCAAM, juillet 2007

³ Rapport IGAS RM 2007-054P sur les dépassements d'honoraires médicaux, avril 2007

⁴ Rapport de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale, septembre 2007

Transparence de la Haute Autorité de Santé (article 29)

Aucune disposition ne prévoit la publicité des décisions de la Haute Autorité de Santé en dehors de celles prises au titre du 1° et du 2° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale qui l'institue.

Compte tenu du fait qu'elle est chargée d'apporter son expertise aux décideurs politiques, aux professionnels et aux patients, il est indispensable que les avis et recommandations pris au titre des 1°, 2°, 3°, 4° et 5° soient rendus publics.

Article 29

Après l'antépénultième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé émet, si nécessaire, des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. »

« Les avis et recommandations pris au titre des 1°, 2°, 3°, 4° et 5° sont rendus publics ».

Participation des associations d'usagers au sein de l'Union nationale de caisses d'assurance maladie (après l'article 30)

Le projet d'article 30 vise à permettre aux médecins qui le souhaitent de s'engager sur des objectifs individualisés à atteindre par convention avec les caisses primaires d'assurance maladie sur la base d'un contrat-type élaboré par l'UNCAM.

Compte tenu des compétences de plus en plus étendues dans le champ des négociations conventionnelles de l'UNCAM et de l'absence de représentation des usagers en son sein, il est proposé de prévoir la participation explicite d'un représentant des usagers à ce conseil par modification de l'article L. 182-2-2 du code de la sécurité sociale.

Après l'article 30

A l'article L. 182-2-2, il est ajouté au second alinéa les mots suivants : « 4° Un représentant des associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique ».

Programmes personnalisés de prévention et soins des personnes vivant avec une maladie chronique (après l'article 31)

Le système des affections de longue durée est très vivement critiqué. Pour plusieurs raisons :

- sa gestion serait trop laxiste de sorte qu'à terme le nombre de personnes insérées dans ce dispositif entraînerait sa ruine,
- il laisse subsister des restes à charge importants et inégalitaires au delà du périmètre des soins admis au remboursement,
- il n'est qu'une prise en charge économique sans lui faire coïncider une qualité de prise en charge dynamique, essentielle dans la gestion d'une affection de longue durée.

Ces critiques sont si vives qu'elles ont amené le gouvernement à saisir la Haute Autorité de Santé d'une recommandation sur les critères d'entrée et de sortie en affection de longue durée.

Par ailleurs, la proposition de bouclier sanitaire du Haut commissaire aux Solidarités actives porte également sur la prise en compte des affections de longue durée dans le système d'assurance maladie. Un rapport a été demandé à Messieurs Briet et Fragonard sur la faisabilité d'un tel dispositif.

Sans préempter les résultats de ces recommandations et rapports, le CISS milite pour que les personnes vivant avec une pathologie chronique voient la gestion dynamique de leur affection améliorée.

C'est la raison pour laquelle il propose, après l'article 31, un article supplémentaire à insérer au code de la sécurité sociale, de sorte que chaque personne touchée par une pathologie chronique, qu'elle soit ou non bénéficiaire d'une prise en charge économique dans le mécanisme des affections de longue durée, ait le droit de demander le bénéfice d'un plan personnalisé de prévention et de soins, faisant apparaître la coordination de ces soins et des actions de prévention, notamment en matière d'éducation ou d'accompagnement thérapeutique.

Après l'article 31 :

A la fin de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale est ajouté un paragraphe rédigé comme suit :

« Nonobstant la circonstance qu'il bénéficie d'une prise en charge au titre d'une des affections de longue durée visée au présent article, l'assuré social atteint par une pathologie chronique peut demander à disposer d'un plan personnalisé de prévention et de soins, faisant apparaître la coordination de ses soins et des actions de prévention, notamment en matière d'éducation ou d'accompagnement thérapeutique. Les modalités de mise en œuvre de cette disposition sont fixées par décret en Conseil d'Etat ».

Suppression des franchises (article 35)

Le collectif estime nécessaire de rappeler ici le fondement de son hostilité aux franchises :

- qui sont de fait des taxes, et il nous apparaît insoutenable de créer une taxe sur la maladie rompant ainsi avec la tradition française de solidarité entre les biens portants et les malades ;
- qui divisent les malades entre eux en choisissant une problématique de santé publique au détriment d'autres inquiétudes aussi légitimes ;
- qui est en dessous de tout espoir réaliste de rééquilibrer les comptes de l'assurance maladie alors même que la Cour des Comptes vient de proposer des solutions plus justes et au rendement plus conséquent ;
- qui au surplus visent injustement les victimes d'accidents ou de maladie du travail qui n'ont aucune responsabilité dans l'affection qui les touchent,
- qui, en tout état de cause, ne peut parvenir à combler les attentes en matière de recherche et d'investissements concernant la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer.

En opportunité, décider des franchises dans le PLFSS alors que le Président de la République a demandé au gouvernement d'organiser un large débat sur le financement de la santé au premier semestre 2008 conduit à préempter une solution avant même que le débat ait eu lieu.

Le projet d'article 35 est supprimé.

Service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du dossier médical personnel (article 36)

L'article 36 prévoit la création d'un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du dossier médical personnel (DMP) à l'article L. 161-36-3-2 du code de la sécurité sociale.

Malgré la persistance de la « fracture numérique » qui ne permet pas à nos concitoyens d'avoir accès aux services électroniques, le CISS rappelle ici son soutien au projet de dossier médical personnel comme outil au service d'une meilleure coordination et qualité des soins. Il soutient la rédaction proposée au premier alinéa de l'article L. 161-36-4 prévoyant les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du DMP ou son représentant légal (paragraphe I et II).

Il soutient également l'interdiction d'accès au DMP par les bailleurs, introduite dans le cadre de la loi DALO du 5 mars 2007 (paragraphe IV).

S'agissant de l'identifiant de santé prévu à l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, il est proposé d'étendre l'attribution du NIS aux personnes titulaires de l'Aide Médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles (paragraphe III).

A l'article 36

Le paragraphe III est rédigé comme suit :

A l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, le mot « personnes » est remplacé par les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie, **de l'Aide Médicale de l'Etat et de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles** ».

Garanties des patients dans l'historique des remboursements (après l'article 36)

L'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale a prévu que les médecins peuvent consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par les organismes d'assurance maladie (historique des remboursements appelé aussi Web Médecin).

Bien que la CNIL ait précisé que l'accord des patient devait être spécifique à l'utilisation du Web Médecin, il est prévu par la loi que « le bénéficiaire donne son accord à cet accès, en permettant d'utiliser à cet effet la carte mentionnée à l'article L. 161-37 ».

Or, la Carte Vitale étant systématiquement présentée au professionnel de santé par l'usager pour permettre la prise en charge des soins, il est nécessaire de prévoir une autre modalité d'expression de l'accord des patients.

De plus, le droit d'accès des usagers aux données de l'historique des remboursements doit être mis en conformité avec l'article L. 1111-7 du code de la santé publique qui prévoit l'accès direct.

Après l'article 36 :

L'alinéa premier de l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale est rédigé comme suit :

« Les médecins peuvent, à l'occasion de soins qu'ils délivrent consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie.

Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient **et recueillent sur un document spécifique à l'occasion de chaque consultation le consentement exprès du patient.** ~~Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-37.~~

« L'assuré social dispose d'un droit d'accès aux données issues des procédures de remboursements dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article L. 1111-7 du code de la santé publique ».

Restriction des critères d'admission dans les ALD hors liste (article 38 V.)

L'article 38 V. du PLFSS s'analyse comme une réfection du périmètre des ALD hors liste (pour les ALD 31 et 32) dès lors qu'elle substitue au critère d' « affection non inscrite » celui d' « affection grave caractérisée », créant au surplus de l'arbitraire en évitant soigneusement d'objectiver les critères de « gravité caractérisée » et de « thérapeutique particulièrement coûteuse ».

Dans son avis du 24 novembre 2005 sur les maladies rares, la HAS préconisait la « création d'un comité national inter-régimes ad hoc rattaché à l'Assurance maladie chargé, en lien avec des experts des centres de référence, d'homogénéiser la prise en charge en ALD des maladies rares ne bénéficiant pas d'un protocole national ou en cas de difficultés d'interprétation et/ou de mise en œuvre de protocoles existants, afin d'assurer un traitement homogène de l'ensemble des demandes », montrant ainsi la difficulté des services du contrôle médical à apprécier les situations.

La restriction du périmètre des ALD 31 et 32 envisagée dépasse largement le seul cadre des maladies rares. Toutefois, eu égard aux besoins d'égalité de traitement entre les assurés sur l'ensemble du territoire, il est proposé d'instituer ce comité inter régime pour les ALD hors liste afin de :

- assurer un rôle de veille sur la bonne application des protocoles nationaux de diagnostics et de soins quant ils existent et sur le traitement homogène de l'ensemble des demandes des ALD hors liste,
- assurer une mission d'expertise auprès des médecins-conseils dans les difficultés d'appréciation de l'ensemble des situations,
- rendre un avis préalable en cas de refus de prise en charge.

Article 38 :

(...)

~~V. Le 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :~~

~~« 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :~~

~~« a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;~~

~~« b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement continu et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; ».~~

V. Au 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, il est ajouté : « Un comité interrégimes dont les modalités sont précisées par décret est chargé d'assurer un traitement homogène de l'ensemble des demandes »

Attribution des financements du FIQSV au DMP (article 48)

Bien que le ministre de la santé, Philippe Douste-Blazy, ait annoncé devant la représentation nationale que le DMP serait prêt en janvier 2007, force est de constater que tel n'est pas le cas. On en est même très loin au point que les pouvoirs publics ont diligenté une mission IGF-IGAS-CGTI afin de tirer toutes les conclusions utiles pour l'avenir de ce projet.

Le CISS demeure très attaché à l'objectif de coordination des soins qui figurent dans la loi du 13 août 2004 instaurant le DMP. Pour autant, il ne peut se satisfaire du bilan qu'offre le GIP-DMP créé pour la mise en œuvre du DMP. Dans ces conditions, il exprime le souhait qu'aucun crédit ne soit attribué à ce groupement tant que des décisions publiques n'ont pas fait suite aux conclusions de la mission précitée.

Article 48

« Le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du fonds de la qualité et de la coordination des soins institué à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2008, à 301 millions d'euros. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 355 millions d'euros ».

« Aucune fraction de ce fond ne peut être attribuée au financement de la mise en œuvre du dossier médical personnel tant qu'aucune décision publique n'est intervenue, sur la base du rapport demandé par les pouvoirs publics à l'Inspection Générale des Affaires Sociales, à l'Inspection Générale des Finances et au Conseil Général des Technologies de l'Information ».

Dotation pour le financement de l'ONIAM (article 52)

Le projet d'article 52 fixe à 50 millions d'euros le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales pour l'année 2008.

A situation juridique constante, le budget tel que proposé, paraît adapté mais n'intègre pas les propositions faites par Xavier Bertrand qui supposent une augmentation substantielle de la dotation.

Pour rappel, il s'agit d'améliorer l'accès au dispositif d'indemnisation des accidents médicaux par la modification des seuils (baisse du taux d'incapacité permanente partielle et modification de la définition de l'interruption temporaire de travail).

Article 52

« Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à **100** millions d'euros au titre de l'année 2008 ».

Aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé (après l'article 69)

L'article 56 III de la loi du 13 août 2004 a mis en place un crédit d'impôt appelé depuis la loi de financement de la sécurité sociale de 2006 aide au paiement d'une assurance complémentaire santé (ACS) destinée à pallier les effets du seuil « couperet » du plafond de ressources exigé pour le bénéfice de la CMU complémentaire.

D'une part, le seuil retenu actuellement (606 euros) pour le bénéfice de la CMUC est inférieur au seuil de pauvreté établi annuellement par l'INSEE (entre 681 euros et 817 euros).

D'autre part, malgré le relèvement à 20% dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 des ressources au dessus du plafond pour la CMUC, le dispositif d'aide à la complémentaire santé peine à monter en charge. Selon le point de situation des services de la CNAMTS, seules 245 000 personnes ont effectivement utilisé, au 28 février 2007, l'attestation d'aide auprès d'un organisme complémentaire, soit moins de 10% de la population cible estimée à 2,7 millions.

Les dispositions projetées à l'article 69 devraient permettre aux organismes de protection sociale d'avoir les informations des administrations fiscales dans la totalité du champ d'application afin d'éviter une démarche supplémentaire des usagers.

Une première évaluation (bulletin n°121 de l'IRDES d'avril 2007) montre qu'outre les garanties moyennes ou faibles de la majorité des contrats, la participation financière reste après bénéfice de l'ACS relativement importante au regard de leurs revenus (389 euros en moyenne par an soit environ 4.5% de leur revenu annuel). Un relèvement du montant de l'aide dégressive permettra de renforcer l'attractivité du dispositif.

Après l'article 69

L'alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est rédigé comme suit : « Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, **dont les ressources sont inférieures au seuil de pauvreté fixé par l'INSEE**, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3 ».

Dans le troisième alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les montants : « 200 EUR », « 100 EUR » et « 400 EUR » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 300 EUR », « 150 EUR » et « 600 EUR ».

Extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat et des soins urgents (article 70)

L'article 70 prévoit l'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles dans les mêmes conditions que les assurés sociaux du régime général afin de rétablir une certaine équité entre assurés sur la base d'une recommandation de la mission d'audit menée par l'IGAS et l'IGF en février 2007⁵.

Il est alors légitime et équitable au moment où les titulaires de l'Aide Médicale de l'Etat et les bénéficiaires des soins urgents sont soumis aux mêmes obligations que les assurés sociaux de leur permettre le même accès au système de santé.

Cet égal accès au système de santé implique :

- de leur délivrer une carte électronique individuelle interrégimes de droit commun prévue à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale,
- de les rattacher au répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie prévu à l'article L. 161-32 du code de la sécurité sociale,

et de leur délivrer un identifiant de santé prévu à l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique dans l'intérêt des personnes concernées et aux fins de coordination et de qualité des soins pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé .

Après l'article 70

Après le dernier alinéa de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, est ajoutée la phrase suivante :

« Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat se voient délivrer la carte individuelle électronique interrégimes prévue au présent article »

A l'article L. 161-32 du code de la sécurité sociale, après les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie », il est ajouté les mots : « bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat et de la prise en charge au titre des soins urgents ».

⁵ Rapport de la mission conjointe IGAS IGF d'audit et de modernisation de la gestion de l'aide médicale de l'Etat, février 2007

**AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Allegro Fortissimo- Alliance Maladies Rares -
ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France- FFAAIR - Familles Rurales -
FNAMOC - FNAP-PSY - FNAIR- FNATH - Ligue Contre le Cancer - LE LIEN -
ORGEKO - SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la
Mucoviscidose**

Collectif Interassociatif Sur la Santé – 5, rue du Général Bertrand – 75007 Paris
Tel : 01.40.56.01.49 ; Fax : 01.47.34.93.27
slavergne@leciss.org

**AFD - AFH - AFM - AFP - AIDES - Allegro Fortissimo- Alliance Maladies Rares - 20
ANDAR - APF - AVIAM - CSF - Epilepsie France- FFAAIR - Familles Rurales -
FNAMOC - FNAP-PSY - FNAIR- FNATH - Ligue Contre le Cancer - LE LIEN -
ORGECO - SOS Hépatites - UFCS - UNAF - UNAFAM - UNAPEI - Vaincre la
Mucoviscidose**