



17 Proposi ti ons

POUR UNE ASSURANCE MALADI E RENFORÇANT
LA QUALITE DES SOI NS,
LA PARTI CI PATI ON,
LA PROTECTI ON DES DONNEES,
ET L' EGALI TE D' ACCES AUX SOI NS.

La lecture des communiqués de presse du Collectif interassociatif sur la santé entre le 21 avril 2004 et le moment où nous remettons ces propositions est édifiante. Ces communiqués ne sont pas nombreux. Trois seulement, mais ils traduisent bien la vaine hésitation des pouvoirs publics, et, à la vérité, les très grandes difficultés à prendre acte de l'irruption des usagers de la santé sur la scène des intérêts qui les concernent directement.

Un premier communiqué en avril 2004 indiquait notre satisfaction d'être enfin reçus, comme les autres partenaires par le Ministre de la Santé de l'époque, Jean-François MATTEI, qui avait réussi quelques mois auparavant à imposer trois représentants des usagers au sein du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Malgré cette reconnaissance, nous devons déplorer en mai 2004, d'être exclus de la réforme dans la mesure où le nouveau cycle de consultations initié par le nouveau Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, Philippe DOUSE-BLAZY, ne devait pas nous permettre un même niveau d'association à l'avant projet de loi.

Finalement, reçus le 8 juin, lendemain de la date à laquelle il n'était plus possible de faire évoluer le texte, un entretien entre les représentants du Collectif Interassociatif sur la Santé et le Ministre laissait entrevoir la possibilité que des compléments soient apportés au projet par la voie d'amendements gouvernementaux ou parlementaires.

C'est à cette mission de proposition que s'attache ce document. En concentrant nos souhaits sur l'essentiel. C'est à dire sur des valeurs et des préoccupations fondamentales dont nous vous proposons d'assurer la transcription concrète dans le projet de loi soumis à la discussion devant la représentation nationale.

De tous côtés dans ces mois où nous avons été plus ou moins associés à la réforme, plutôt moins si l'on se réfère à la reconnaissance de nos problématiques dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, de nombreux signes nous sont parvenus, de toute part, sur la nécessaire place des usagers dans le système d'assurance maladie. Le MEDEF et la CFDT l'ont affirmé publiquement. D'autres l'ont souhaité *mezzo voce*. D'autres encore parmi les parlementaires se sont montrés convaincus que cela interviendrait dans la phase de discussion devant les deux chambres.

C'est le moment de démontrer :

- que les Etats Généraux de la Santé et la loi du 4 mars 2002 ne constituent pas une parenthèse dans la reconnaissance des usagers,
- que les organisations de la société civile qui poussent à une concrétisation de cette reconnaissance le font avec juste raison,
- que le Gouvernement et Parlement l'estiment maintenant nécessaire pour permettre une réforme soutenue par le plus grand nombre.

*

* *

Le document présente les 20 propositions les unes à la suite des autres, et renvoie à chaque fois à une annexe disposant des termes de la rédaction du projet de loi modifiée ou proposée (en caractère gras pour les ajouts, et en rayé pour les suppressions).

SOMMAIRE

1. LA QUALITE DES SOI NS.

- 1.** Le patient acteur du dossier médical partagé. Page 4
2. Le protocole de soins des affections de longue durée. Page 4

2. LA PARTI CI PATI ON.

- 3.** La Haute autorité en santé. Page 5
4. Le Comité de l'hospitalisation. Page 5
5. La Caisse nationale d'assurance maladie. Page 5
6. La branche ATMP. Page 5
7. Les caisses primaires d'assurance maladie. Page 6

3. LA PROTECTI ON DES DONNEES PERSONNELLES DE SANTE.

- 8.** L'information du praticien de l'article L 161-31 du CSS. Page 7
9. L'Institut des données de santé. Page 7

4. L' EGALI TE D' ACCES AUX SOI NS.

- 10.** La limitation de la prise en charge à l'article 10. Page 8
11. La participation forfaitaire. Page 8
12. Les dépassements d'honoraires. Page 8
13. Les pénalités de l'article L 162-1-14. Page 9
14. Le rejet des prescriptions de transport et d'arrêt de travail. Page 9
15. La suspension du versement des indemnités journalières. Page 9
16. La récupération de l'indu. Page 9
17. L'accord cadre de l'article L 162-15. Page 10

1. LA QUALITE DES SOINS

1. Le patient acteur du dossier médical partagé.

La loi crée un dossier médical partagé qui est regardé de manière positive par les usagers, car il est source de garantie dans la qualité et la sécurité de la prise en charge.

Cependant, on gagnerait à rechercher l'adhésion du patient en prévoyant de demander son accord lorsque le professionnel reporte les éléments diagnostiques et thérapeutiques concernant la prise en charge.

En outre, il n'y a pas lieu pour nous de lier le niveau de remboursement à l'accès aux données, étant entendu qu'il est parfaitement démontré que la réduction du niveau de remboursement a des effets négatifs sur l'accès aux soins, ce qui n'est pas de bonne politique en santé publique.

Il y aurait aussi lieu de prévoir un droit de rectification dont la mention est totalement absente.

Les propositions de modifications figurent dans l'annexe 1 de ce document (page 11).

2. Le protocole de soins des affections de longue durée.

Le patient n'a pas d'autre choix que de signer le protocole de soins, sauf à perdre la prise en charge à 100 %. C'est une contractualisation forcée. Pourtant on sait qu'en droit : « Le contrat est la loi des parties ». On voit pourtant ici que le protocole établi par la Haute autorité en santé ne donne lieu à aucune adaptation au cas par cas entre le médecin conseil et le médecin traitant : il n'est pas discuté, ni négocié avec le patient qui n'a pas d'autre choix que le signer ! On peut même penser à la lecture du troisième alinéa du 1°/ de l'article 3 que le médecin n'a plus qu'à recopier sans l'adapter le protocole de soins (il doit lui aussi « certifier » qu'il a pris connaissance du protocole !).

Il n'est pas prévu que cet acte dont on voit qu'il ne peut être accompli comme dans une consultation normale fasse l'objet d'une consultation fléchée, spécialement dédiée à l'établissement et à la négociation du protocole, et faisant l'objet d'une tarification spéciale dans la nomenclature des actes. On remarque aussi l'absence totale de médiation. On a songé au cas d'empêchement du patient en prévoyant son représentant légal. Mais, on n'a pas pensé à l'appropriation du protocole par le patient et le médiateur dont il peut souhaiter être assisté pour se garantir d'une bonne compréhension. Deux raisons militent pour une aide médiatrice dans la consultation de protocolisation : la complexité des thérapeutiques et l'âge des bénéficiaires. Ni l'un ni l'autre n'étaient présents à l'esprit des promoteurs de la réforme !

La rédaction future de cet article doit prévoir :

- ✓ un droit à la médiation par une personne ou une institution de son choix,
- ✓ des garanties de consultation spéciale qui fasse que l'on ne tienne pas la consultation classique comme une consultation de protocolisation (cela passe par l'identification de cette consultation dans la nomenclature, le cas échéant par sa tarification adaptée, et enfin par des recommandations de l'ANAES sur la conduite de ce type de consultation),
- ✓ et des protocoles établis par la Haute autorité en santé ne soient pas adoptés par elle sans consultation obligatoire des associations de patients dans le domaine ou la pathologie concernée.

C'est le sens de la rédaction préconisée en annexe 2 (page 12).

2. LA PARTICIPATION.

3. La Haute autorité en santé.

Nous sommes favorables à ce que le service médical rendu soit le principal critère de prise en charge des soins et prestations. La création d'une Haute autorité en santé constitue donc un élément positif et déterminant pour l'évaluation des biens, services et prestations et pour les décisions de prise en charge qui en découleront.

Cependant, il faut regretter que l'on ait choisi un format d'autorité essentiellement composée de scientifiques tentant d'accréditer l'idée que l'appui sur des professions essentiellement scientifiques est la garantie de l'indépendance. C'est rompre avec une tradition française au terme de laquelle l'indépendance des hautes autorités est acquise par un équilibre complexe entre la multidisciplinarité des membres, la durée de leur mandat, leur irrévocabilité, et leur mode de rémunération.

L'exclusion des usagers, premiers concernés par les biens et services évalués, ne sauraient être exclus d'une telle instance alors que depuis longtemps déjà les associations d'usagers contribuent au mouvement de la qualité du système de soins et de la promotion de son évaluation, notamment au travers des travaux de l'ANAES, y compris en tant que membres du Conseil scientifique de cette agence. La responsabilisation des usagers passe aussi par leur implication directe dans les choix stratégiques à réaliser et la politique de promotion du service rendu. Aussi est-il indispensable de garantir la place des associations d'usagers au niveau de chaque commission de la Haute autorité en santé.

C'est le sens de la modification prévue à l'annexe 3 (page 13).

4. Le Comité de l'hospitalisation.

Pour les mêmes motifs, le CISS réclame la participation des usagers dans le Comité de l'hospitalisation créé à l'article L 162-21-2 du code de la santé publique (article 26 du projet de loi).

C'est le sens de la modification prévue à l'annexe 4 (page 14).

5. La Caisse nationale d'assurance maladie.

C'est aussi pour rétablir la participation des usagers qu'il est proposé d'en faire mention à l'article L 221-3 du code de la sécurité sociale relatif à la composition du conseil de la caisse nationale d'assurance maladie (article 30 du projet de loi).

C'est le sens de la modification prévue à l'annexe 5 (page 15).

6. La Branche ATMP.

C'est aussi pour rétablir la participation des usagers qu'il est proposé d'en faire mention à l'article L 221-4 du code de la sécurité sociale relatif à la composition de la commission qui exerce pour le compte du conseil de la caisse nationale les compétences en matière d'accident du travail et de maladie professionnelle (article 30 du projet de loi).

C'est le sens de la modification prévue à l'annexe 6 (page 16).

7. Les caisses primaires d'assurance maladie.

Pour les mêmes arguments, il est également proposé d'inscrire la participation des usagers dans les dispositions relatives à la composition des conseils de caisse primaire d'assurance maladie prévus à l'article L 211-2 du code de la sécurité sociale (article 33 du projet de loi).

C'est le sens de la modification prévue à l'annexe 7 (page 17).

3. LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES DE SANTE.

8. L'information du praticien de l'article L 161-31 du CSS.

L'utilisation de la carte vitale est devenue incontournable pour la majorité des actes et des prestations. Aussi ne peut-on déduire de cette utilisation un accord présumé du patient à l'examen par le médecin de l'ensemble des remboursements opérés à son profit par la caisse.

En outre, l'accès pour le médecin à l'ensemble des opérations de paiement effectués par l'assurance maladie ne présente aucun intérêt dans le cadre de l'amélioration de la qualité des soins.

Dans ces conditions, la carte vitale ne doit pas devenir un relevé comptable de prestation.

C'est le sens de la suppression proposée à l'annexe 8 (page 18).

9. L'Institut des données de santé.

La référence à un groupement d'intérêt public ne peut qu'inquiéter les usagers soucieux de la haute protection nécessairement dédiée aux données personnelles de santé. L'Institut va regrouper un grand nombre d'informations aussi sensibles (confidentialité, sécurité) que précieuses pour l'évaluation et l'orientation du système de soins. Un tel groupement d'intérêt public n'apportera pas la garantie d'indépendance nécessaire à la confiance des usagers mais aussi de l'ensemble des acteurs du système.

C'est évidemment vers une véritable CNIL des données de santé que le choix aurait dû se faire, dans une dynamique de protection des libertés individuelles attachée à ces données.

C'est le sens de la proposition insérée à l'annexe 9 (page 19).

4. L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS.

10. La limitation de la prise en charge à l'article L 314-1.

Le projet de loi (article 10) prévoit que le code de la sécurité sociale est complété par un article L 314-1 disposant que les caisses et le service médical de l'assurance maladie vérifient une série de conditions pour l'ouverture des droits.

Cet ensemble de conditions a trait à la pratique médicale. Et le dernier alinéa de cet article conclut que la prise en charge du patient est subordonnée au respect de ces conditions par le praticien.

De notre point de vue, ce n'est pas au patient de voir les conditions de sa prise en charge remise en cause pour des conditions dont le respect ne lui incombe pas.

La suppression du dernier alinéa de cet article est préconisée à l'annexe 10, sans que cela remette en cause le pouvoir de contrôle des caisses sur le respect de ces conditions (page 20).

11. La participation forfaitaire.

Le projet de loi (article 11) prévoit que l'article L 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un II prévoyant une participation forfaitaire de un € par assuré.

Cette participation, que l'on peut être tenté d'augmenter à tout moment, pénalisera les personnes dont les revenus sont faibles mais dépassent le plafond permettant d'accéder à la CMU (qui exonère de la participation forfaitaire), ainsi que celles qui sont à leur corps défendant contraintes à une consommation de soins importantes et notamment en termes de consultations de suivi, tout particulièrement les personnes en affection de longue durée.

Responsabiliser les usagers ne peut se limiter à des mesures de participation financière accrue : il n'est pas normal qu'un usager qui souscrit aux mesures de qualité et de coordination des soins proposées (dossier médical personnel, médecin traitant, protocole de soins, ...) reste considéré comme un gaspilleur de soins ou un usager irresponsable et doive en plus acquitter une telle participation.

C'est pourquoi la suppression de ce II de l'article L 322-2 est prévue à l'annexe 11 (page 21).

12. Les dépassements d'honoraires.

Le projet de loi (article 5) prévoit que l'article L 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 17° permettant que certaines spécialités médicales sont autorisées à pratiquer des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et des consultations pour les patients quant ils ne leurs sont pas adressés au préalable par un médecin traitant.

Cette ouverture tarifaire va faire coexister deux filières d'accès aux médecins spécialistes dont l'une, plus rémunératrice, sera mieux prise en compte par les praticiens. De telles dispositions vont aboutir à une véritable médecine à deux vitesses au détriment de la qualité des soins, spécialement pour les actes et les consultations tarifées au plus bas.

C'est pourquoi il est proposé de supprimer ce 17° de l'article L 161-5 (annexe 12, page 24).

13. Les pénalités de l'article L 162-1-14.

Le projet de loi (article 13) prévoit que l'article L 162-1-14 (nouveau) du code de la sécurité sociale permet d'opposer aux patients une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en cas d'inobservation de règles fixées par ailleurs dans le code.

Cependant, ces dispositions prévoient que la pénalité est infligée aussi bien en cas de demande de remboursement ou de prise en charge autant qu'en cas de remboursement ou de prise en charge effective. On pourrait au moins offrir un droit à l'erreur du patient. Il peut arriver qu'il demande à tort sans forcément intention de fraude.

C'est pourquoi il est proposé de supprimer les mots « demande de remboursement ou de prise en charge ». Voir à l'annexe 13 (page 25).

14. Le rejet des prescriptions de transport et d'arrêt de travail.

Le projet de loi (article 14) prévoit qu'il est inséré au code de la sécurité sociale un article L 162-1-15 disposant que le directeur de la caisse d'assurance maladie peut, en cas de prescriptions abusives, subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture des frais de transport ou le versement des indemnités journalières. Il peut également, pour la même durée, décider que les prescriptions de transport ou d'arrêt de travail du médecin ne donnent pas lieu à prise en charge.

La rédaction retenue pose une difficulté pour l'assuré de bonne foi. Il serait judicieux, pour des causes qui sont extérieures à l'assuré, et vis à vis desquelles il est dépourvu de tout pouvoir, d'alléger les conséquences pesant sur lui, en supprimant la suspension temporaire de prise en charge qui paraît trop radicale (au dernier alinéa de cet article L 162-1-15). Voir à l'annexe 14 (page 26).

15. La suspension du versement des indemnités journalières.

Le projet de loi (article 15) prévoit une modification de l'article L 315-2 du code de la sécurité sociale afin de permettre la suspension des indemnités journalières lorsque l'assuré ne respecte pas les obligations de contrôle. La rédaction de l'alinéa laisse supposer un lien automatique entre le non respect de cette obligation et la suspension des indemnités journalières, ce qui ne laisse aucune marge d'appréciation pour la caisse qui doit pouvoir décider de l'opportunité de cette suspension au cas par cas.

C'est la raison pour laquelle l'annexe 15 (page 27) envisage de remplacer l'automatisme par une simple faculté.

16. La récupération de l'indu.

Le projet de loi (article 16) prévoit que le code de la sécurité sociale est complété par un article L 133-4-1 permettant la récupération de l'indu sur prestation par retenues sur les prestations à venir.

Afin de sécuriser la situation de l'assuré de bonne foi, il est proposé d'instituer une remise automatique d'indus lorsque ceux-ci résultent d'une erreur de la caisse.

C'est le sens de la modification de l'annexe 16 (page 28).

17. L'accord cadre de l'article L 162-15.

Le projet de loi (article 28) prévoit que l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale, qui traite des modalités de transmission et d'approbation des conventions nationales, est modifié notamment pour étendre les critères de refus d'approbation de ces conventions parce qu'elles s'écartent des dispositions normatives ou des exigences de santé publique ou de sécurité sanitaire.

Il serait judicieux que le critère de méconnaissance des exigences d'égalité d'accès à la santé figure également dans l'énoncé des critères de rejet de l'approbation.

C'est le sens de la modification prévue à l'annexe 17 (page 29).

Article 2

I. - Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« **Dossier médical personnel**

« *Art. L. 161-40.* - Afin de favoriser la coordination et la continuité des soins et d'améliorer la pertinence du recours au système de soins, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie dispose d'un dossier médical personnel constitué des données mentionnées à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins.

« Ce dossier est créé avec le consentement de l'assuré auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique. **L'assuré dispose d'un droit de rectification sur les données du dossier médical personnel.**

« *Art. L. 161-41.* - Dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, et selon les modalités prévues à l'article L. 1111-8, chaque professionnel de santé reporte, **avec l'accord de l'assuré**, sur le dossier médical personnel, à l'issue de chaque acte ou consultation, les éléments diagnostiques et thérapeutiques concernant la personne prise en charge. Les établissements de santé reportent à l'issue du séjour d'un patient sur le dossier médical personnel les éléments résumés relatifs à ce séjour. »

~~« Le patient est tenu de permettre au professionnel de santé d'accéder à son dossier. A défaut d'avoir satisfait à cette obligation, le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie peut être réduit.~~

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les modalités selon lesquelles les praticiens conseils du service médical de l'assurance maladie accèdent, après accord du patient, aux différentes catégories d'information contenues dans le dossier individuel et nécessaires à l'exercice de leurs missions prévues aux articles L. 315-1 à L. 315-2-1. »

II. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de la date fixée par décret en Conseil d'Etat et au plus tard le 1^{er} juillet 2007.

III. - Les deuxième et troisième phrases du I et le II de l'article L. 161-31 et les articles L. 162-1-1 à L. 161-1-6 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

ANNEXE 2.

Article 3

I. - Au 3° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « du haut comité médical » sont remplacés par les mots : « de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 »

II. - L'intitulé du chapitre IV du titre II du livre III du même code est remplacé par l'intitulé suivant : « Qualité et coordination des soins des patients atteints d'une affection de longue durée ».

III. - L'article L 324-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le médecin traitant et le médecin conseil établissent conjointement un protocole de soins qui mentionne les obligations prévues ci-dessus. Ce protocole régulièrement révisable définit en outre, compte tenu des recommandations établies par l'autorité mentionnée à l'article L. 161-37, les actes et prestations qui constituent le traitement de l'affection et pour lesquels la participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée, en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3. La durée du protocole est fixée compte tenu des recommandations de la Haute Autorité **intervenues après que les associations de patients concernées par chacun des protocoles aient été mises à même de faire valoir leurs observations.** Ce protocole est **discuté avec** le patient ou son représentant légal, **qui en atteste par sa signature. En tout état de cause, à l'occasion de la discussion de ce protocole, le patient peut être assisté d'une personne de son choix.** ».

« **La consultation qui donne lieu à l'établissement du protocole fait l'objet d'une inscription à la nomenclature des actes et d'une tarification spéciale. Cette consultation fait également l'objet d'une recommandation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.** ».

« Sauf en cas d'urgence, le patient ou son représentant légal est tenu de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation.

Pas nécessaire de produire le protocole parce que déjà à la caisse.

« Le médecin est tenu de certifier, lors de l'établissement des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge, qu'il a pris connaissance du protocole et de se conformer aux dispositions réglementant la limitation ou la suppression de la participation de l'assuré. »

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Sur proposition de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° de l'article L. 322-3 aux actes réalisés et aux prestations exécutées dans le cadre d'un dispositif coordonné de soins. »

ANNEXE 3

Article 19

I. - Après le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre I^{er} *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE I^{er} BIS
« **LA HAUTE AUTORITE DE SANTE**

« *Art. L. 161-3.* - La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale, est chargée de :

« 1° Procéder à l'évaluation régulière du service attendu des produits, actes ou prestations de santé et du service rendu par eux ;

« 2° Contribuer par ses avis à l'élaboration des décisions relatives à l'inscription au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions particulières de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée ;

« 3° Veiller à l'élaboration et à la diffusion de référentiels de bon usage des soins ou de bonne pratique ;

« 4° Contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces domaines.

« Dans l'exercice de ses missions, la Haute Autorité tient compte des objectifs pluriannuels de la politique de santé publique et du cadrage pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.

« *Art. L. 161-37-1.* - La Haute Autorité de santé est dirigée par un collège. Elle peut créer en son sein des commissions spécialisées, présidées par un membre du collège, auxquelles elle peut déléguer certaines de ses missions. Les commissions mentionnées aux articles L. 5123-3 du code de la santé publique et L. 165-1 du code de la sécurité sociale constituent des commissions spécialisées au sens du présent article.

Les commissions visées à l'article L 161-37-1 ainsi que celles mises en place par délibération du collège comprennent au moins deux représentants des associations d'usagers du système de santé visées à l'article L 1114-1 du code de la santé publique.

ANNEXE 4.

Article 26

Après l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-2.* - Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un comité de l'hospitalisation. Ce comité contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Les décisions relatives au financement des établissements de santé, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation, notamment celles portant sur les éléments mentionnés aux articles L. 162-22-3, L. 162-22-10 et L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, sont prises sur proposition de ce comité. Le comité est également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des conséquences financières des accords ou protocoles d'accord passés entre l'Etat et les organisations syndicales. Il consulte les fédérations nationales représentatives des établissements de santé sur les dossiers dont il a la charge.

« La composition, **qui comprend notamment des représentants des usagers**, les modalités de représentation des organismes nationaux d'assurance maladie et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cet arrêté fixe la liste des décisions prises sur proposition du comité et détermine les conditions dans lesquelles le comité contribue à l'élaboration et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie. »

ANNEXE 5.

Article 30

I. - Il est ajouté à l'article L. 221-2 du code de la sécurité sociale un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse nationale est dotée d'un conseil et d'un directeur général. »

II. - L'article L 221-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-3* - Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, constitué :

« 1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« **2° De représentants des associations d'usagers de l'assurance maladie ;**

« 3° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et dans le domaine de la santé désignés par l'Etat ;

« Ce décret précise également le nombre de représentants élus du personnel siégeant dans ce conseil à titre consultatif ainsi que le nombre de commissaires du Gouvernement assistant aux séances.

« Les membres du conseil sont désignés pour une durée de cinq ans. Le conseil élit en son sein son président.

« Les organisations ~~mentionnées au 1°~~ désignent pour chaque siège un membre titulaire et un membre suppléant. En cas de démission, d'empêchement ou de décès d'un membre, titulaire ou suppléant, un membre est désigné en remplacement pour la durée du mandat restant à courir.

ANNEXE 6.

Article 30

IV. - L'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-4.* - Sous réserve des dispositions particulières applicables à la branche Accident du travail et maladies professionnelles, la commission mentionnée à l'article L. 221-5 exerce pour cette branche les compétences dévolues au conseil mentionné à l'article L. 221-3, notamment les missions définies au 2° de l'article L. 221-1. **Elle comporte des représentants des associations de mutilés et d'invalides du travail.**

« Les dispositions relatives au fonctionnement du conseil de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sont applicables à cette commission. »

ANNEXE 7.

Article 33

I. - Les articles L. 211-2 et L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :

« *Art L. 211-2.* - Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil de la caisse primaire d'assurance maladie qui est constitué :

« 1° D'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et de représentants d'employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« **2° De représentants des associations d'usagers de l'assurance maladie ;**

« 3° De personnalités qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et dans le domaine de la santé désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

« Ce décret précise également le nombre de représentants élus du personnel siégeant dans ce conseil à titre consultatif ainsi que le nombre de représentants des autorités compétentes de l'Etat assistant aux séances. »

ANNEXE 8.

Article 12

~~A L'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale il est inséré après le I un II ainsi rédigé :~~

~~« // L'utilisation de cette carte permet d'exprimer l'accord du titulaire pour rendre accessible à un médecin, ayant adhéré à la convention ou exerçant dans un établissement ou un centre de santé, et dûment authentifié au moyen de la carte mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33, le relevé de l'ensemble des opérations de paiement effectuées pour son compte par l'assurance maladie. Ce relevé mentionne la désignation des actes effectués, des produits délivrés et des autres prestations servies au titre de l'assurance maladie. »~~

II. - A l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale, il est ajouté l'alinéa suivant :

Dans ces établissements, il peut être demandé à l'assuré, d'attester de son identité à l'occasion des soins qui lui sont dispensés, par la production de sa carte nationale d'identité ou de tout autre document officiel comportant sa photographie. »

ANNEXE 9.

Article 38

I. - Le chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 5 ainsi rédigée :

«Section 5

~~« Institut~~ **Autorité des données de santé**

~~« Art. L. 161-38. - Un groupement d'intérêt public dénommé « Institut des données de santé », régi par les dispositions de l'article 21 de la loi n°82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France est constitué notamment entre l'Etat, des organismes nationaux d'assurance maladie et des organismes assurant une prise en charge complémentaire.~~

Il est crée une autorité administrative indépendante dénommée Autorité des données de santé.

« L'**Autorité** ~~institut~~ des données de santé a pour mission :

- **de veiller à la protection des données de santé dans le respect des droits et libertés qui s'y attachent ;**

- d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie

- et de veiller à la mise à disposition des données issues des systèmes d'information de ses membres dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« II. - Les articles L. 161-28-2 à L. 161-28-4 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

ANNEXE 10

Article 10

Le chapitre IV du titre Ier du livre III du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 314-1 ainsi rédigé :

« *Art L. 314-1.* - Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie en application de l'article L. 161-33, les caisses et le service médical de l'assurance maladie, dans le respect du secret médical, vérifient :

« 1° Que l'ensemble des conditions subordonnant la prise en charge sont remplies, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L.161-41, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;

« 2° Que les actes réalisés ou les produits et prestations prescrits sont médicalement justifiés ;

« 3° Que les actes effectués ou les traitements prescrits :

« *a)* N'excèdent pas les limites et indications prévues dans les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;

« *b)* Respectent le contenu des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;

« 4° Le cas échéant, que les dépenses présentées au remboursement respectent les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20 et L. 183-1-1.

« Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.

~~« La prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée au respect des conditions mentionnées au présent article. »~~

ANNEXE 11.

Article 11

~~I. - L'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par un II. ainsi rédigé :~~

~~« II. - L'assuré acquitte une participation forfaitaire pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin, en cabinet ou en établissement de santé, régi par les dispositions des articles L. 162-5 ou L. 162-5-9, à l'exclusion des actes ou consultations réalisés au cours d'une hospitalisation. Cette participation se cumule le cas échéant avec celle mentionnée au I. Son montant est fixé, dans des limites et conditions prévues par décret en Conseil d'Etat, par l'union nationale des caisses d'assurance maladie conformément à la procédure mentionnée au I. »~~

~~II. - L'article L. 322-4 du même code est ainsi rédigé:~~

~~« Art. L. 322-4. - La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 est supprimée pour ses ayants droit mineurs ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1. »~~

~~III. - Au premier alinéa du I de l'article L. 325-1 du même code, après les mots : « de l'article L. 322-2 », sont insérés les mots : « à l'exception de celle mentionnée au II de cet article ».~~

~~IV. - La seconde phrase de l'article L. 331-1 du même code est complétée par les mots : « à l'exception de celle mentionnée au II de l'article L. 322-2 ».~~

~~V. - L'article L. 432-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les dispositions du II de l'article L. 322-2 sont applicables aux bénéficiaires du présent livre. »~~

~~VI. - Jusqu'à l'intervention de la décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, le montant de la participation mentionnée au I du présent article est fixé par décret.~~

Article 32

(amendement de cohérence avec la proposition 14).

I.- Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

« Chapitre IV

« Dispositions relatives au contenu des garanties bénéficiant d'une aide

« Art. L.864-1. Le bénéfice des dispositions des sixième et huitième alinéas de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, dans le cas de garanties destinées au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, et des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts est subordonné au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles déterminant les prestations qui ne peuvent être prises en charge et celles qui le sont obligatoirement, ainsi que les conditions de prise en charge.

« Ces règles sont fixées par arrêté après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes de protection sociale complémentaire. »

II.- Les dispositions du premier alinéa de l'article L.864-1 du code de la sécurité sociale issu du I du présent article s'appliquent, en ce qui concerne les opérations collectives en cours à la date de publication de la présente loi, à compter du 1^{er} juillet 2008.

~~III.- L'article 995 du code général des impôts est ainsi modifié :~~

~~1° Au 15°, les mots : « et que » sont remplacés par le mot : « , que ». L'alinéa est complété par les mots : « et que le contrat ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale » ;~~

~~2° Le 16° est complété par les mots : « et que le contrat ne couvre pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale. ».~~

~~IV.- Le huitième alinéa de l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L.322-2 ; ».~~

V.- L'article 6 de la loi du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, lorsque, au vu des avis de la Haute Autorité de santé, la participation de l'assuré prévue à l'article L.322-2 du code de la sécurité sociale pour une spécialité dont le prix est fixé selon les modalités prévues à l'article L.162-16-4 du même code est augmentée, ou encore qu'une spécialité, un dispositif ou un acte est radié des listes prévues au premier alinéa de l'article L.162-17, à l'article L.165-1 et à l'article L.162-1-7, l'organisme peut, su proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union des organismes de protection sociale, réduire le niveau des garanties souscrites à due concurrence. La cotisation ou la prime est réduite en conséquence. »

Article 23 (Amendement de cohérence avec la proposition 14).

~~I.- L'article L 322-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :~~

~~1° Le premier alinéa de l'article L 322-2 est supprimé ;~~

~~2° Au deuxième alinéa, le mot : « Elle » est remplacé par les mots : « I. La participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1 » ;~~

~~3° L'article est complété par deux alinéas ainsi rédigé :~~

~~« La participation est fixée, y compris dans les cas mentionnés à l'article L 322-3, dans des limites et des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, par l'union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'union nationale des organismes de protection sociale~~

~~complémentaire. La décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie est transmise au ministre chargé de la santé. La décision est réputée approuvée sauf opposition du ministre chargé de la santé pour des raisons de santé publique dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Les décisions approuvées sont publiées au Journal Officiel de la République française.»~~

~~« Le taux de la participation prévue en application de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie.»~~

~~II. - Au premier alinéa de l'article L. 322-3 du même code, les mots : « La participation de l'assuré peut être limitée ou supprimée dans les conditions fixées par décret en conseil d'Etat » sont remplacés par les mots : « La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée ».~~

~~III. - Les taux de participation fixés en application des articles L. 322-2 et L. 322-3 demeurent en vigueur jusqu'à leur modification par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.~~

ANNEXE 12.

Article 5

~~L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 17° ainsi rédigé :~~

~~« 17° Les modalités et les limites dans lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités médicales sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui ne leur sont pas adressés au préalable par un médecin traitant. »~~

Article 13

I. - Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 162-1-13, un article L. 162-1-14 ainsi rédigé:

« *Art. L.162-1-14.* - L'inobservation de règles fixées par le présent code par les professionnels de santé, les établissements ou les assurés, dont la liste est fixée par décret en Conseil d'Etat, ayant abouti à ~~une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à~~ une prise en charge induue peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après avis d'une commission composée notamment de représentants des usagers et des professionnels de santé. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits. Ce montant est doublé en cas de récidive. L'organisme d'assurance maladie notifie le montant envisagé de la pénalité au regard des faits reprochés à la personne concernée afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, l'organisme d'assurance maladie prononce, le cas échéant la pénalité.

« La mesure prononcée est motivée et peut faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale »

« Pour le recouvrement de cette pénalité, l'organisme de sécurité sociale met en œuvre les procédures prévues aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

« Les modalités d'application du présent article, notamment le barème et le montant maximum des sanctions, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

ANNEXE 14.

Article 14

Il est inséré dans le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, avant la section 1, un article L. 162-1-15 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-15.* - Le directeur de la caisse peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis d'une commission composée notamment de représentants des usagers et des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture des frais de transports ou du versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L. 321-1, en cas de constatation par ce service :

« 1° Du non respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 ;

« 2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieures aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie

« 3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transports constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transports.

~~« En cas de non respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1, après que le professionnel a été mis en mesure de présenter ses observations, le directeur de la caisse peut décider que les prescriptions de transport ou d'arrêt de travail du médecin ne donnent pas lieu à prise en charge pendant une durée ne pouvant excéder six mois. »~~

Article 15

I. - L'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa, après la première phrase est insérée une phrase ainsi rédigée :
« En cas de suspension du service des indemnités mentionnées au 5° de l'article L. 321-1, la caisse en informe l'employeur ». ;

2° L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout assuré est tenu de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical. La caisse ~~suspend~~ **peut suspendre** le versement des indemnités journalières lorsque l'assuré qui en bénéficie ne respecte pas cette obligation. »

III. - A l'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « dépenses présentées au remboursement » sont insérés les mots : « ou de la fréquence des prescriptions d'arrêt de travail ».

IV. Le second alinéa de l'article L. 321-2 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « et, sous les sanctions prévues dans son règlement intérieur, » sont remplacés par les mots : « et, sous les sanctions prévues par décret, »

2° Après les mots : « arrêté ministériel » sont ajoutés les mots : « qui comporte notamment toutes données de nature à faciliter le contrôle de l'assuré »

Article 16

I. - La section 3 du chapitre III du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-1.* - En dehors des cas mentionnés à l'article L. 133-4, en cas de paiement indu d'une prestation, l'organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie ou d'accident du travail et de maladie professionnelle récupère l'indu correspondant auprès de l'assuré. Le paiement indu, y compris lorsqu'il a été fait dans le cadre de la dispense d'avance des frais peut, sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu, être récupéré par retenues sur les prestations à venir, ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'assuré opte pour cette solution. Lorsque la retenue est opérée sur une indemnité journalière, elle ne peut excéder une proportion, fixée par décret, du montant de cette indemnité. **Lorsque le paiement résulte d'une erreur de la caisse, il ne peut être procédé à une récupération de l'indu.**

« La créance de l'organisme peut être prise en charge en cas de précarité de la situation du l'assuré sur son budget d'action sanitaire et sociale. »

ANNEXE 17.

Article 28

I. - A l'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale, après les mots : « une autre caisse nationale d'assurance maladie », sont insérés les mots : « selon la procédure définie à l'article L. 162-15. »

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

A. - Au premier alinéa,

1° Les mots : « ou d'une tacite reconduction » sont remplacés par les mots : « dans leur version définitive » ;

2° Les mots : « , de l'agriculture, de l'économie et du budget » sont supprimés.

B. - Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

1° Dans la deuxième phrase, les mots : « quarante-cinq jours » sont remplacés par les mots : « vingt et un jours » et les mots : « ou de leur incompatibilité avec le respect des objectifs de dépenses ou des risques que leur application ferait courir à la santé publique ou à un égal accès aux soins » sont remplacés par les mots : « ou pour des motifs de santé publique, ~~ou~~ de sécurité sanitaire **ou d'égalité d'accès aux soins** » ;

2° Les mots : « , de l'agriculture, de l'économie et du budget » sont supprimés.

C. - Le quatrième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'accord cadre, les conventions et leurs avenants approuvés sont publiés à l'initiative de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés au *Journal officiel* de la République française. »