

## Plans de réformes de l'assurance maladie en France

Mise à jour : mars 2011

Cette synthèse sur les plans et réformes de santé en France est un document de travail, qui n'a pas la prétention d'être exhaustif.

Elle sera améliorée au fil du temps ...

Les Lois de financement de la Sécurité sociale instituées suite au Plan Juppé de novembre 1995 et dont l'objectif principal est de maîtriser les dépenses de santé, ont été intégrées dans ce document, en juin 2008. Elles sont présentées sous l'angle exclusif des mesures relatives à l'assurance maladie. Elles font, par ailleurs, l'objet d'une synthèse séparée, en ligne sur l'espace documentation de l'Irdes : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/LoisFinancementSecu.pdf>

Les sources principales sur lesquelles repose cette synthèse sont mentionnées dans la bibliographie.

<b>Introduction</b>	<b>3</b>
<b>Plan Durafour (présenté en Décembre 1975)</b>	<b>4</b>
<b>Plan Barre (présenté en septembre 1976)</b>	<b>4</b>
<b>Plan Veil (présenté en avril 1977)</b>	<b>4</b>
<b>Plan Veil (présenté en décembre 1978)</b>	<b>5</b>
<b>Plan Barrot (présenté le 25 juillet 1979)</b>	<b>5</b>
<b>Plan Questiaux (présenté le 10 novembre 1981)</b>	<b>6</b>
<b>Plan Bérégovoy (présenté en juillet 1982)</b>	<b>8</b>
<b>Plan Bérégovoy (novembre 1982)</b>	<b>8</b>
<b>Plan Bérégovoy et Delors (mars – septembre 1983)</b>	<b>9</b>
<b>Plan Dufoix (présenté en mai-juin 1985)</b>	<b>10</b>
<b>1<sup>er</sup> Plan Séguin (présenté le Juillet 1986)</b>	<b>11</b>
<b>2<sup>e</sup> Plan Séguin (présenté le 18 novembre 1986)</b>	<b>11</b>
<b>3<sup>e</sup> Plan Séguin dit Plan de financement du déficit (29 mai 1987)</b>	<b>13</b>
<b>Plan Evin, juin 1988 (présenté en septembre 1988) ou annulation du plan Séguin</b>	<b>14</b>
<b>Plan Evin d'économie (17 décembre 1990) ou plan Durieux</b>	<b>15</b>
<b>Plan Durieux (présenté en juillet 1991)</b>	<b>16</b>
<b>Plan Bianco (12 juin 1991)</b>	<b>17</b>
<b>Plan Veil (présentée en 29 juin 1993)</b>	<b>19</b>
<b>Plan Juppé (présenté le 15 novembre 1995) - Mise à jour du 23 janvier 1996</b>	<b>22</b>
<b>Loi de financement de la Sécurité sociale 1997</b>	<b>31</b>
<b>Loi de financement de la Sécurité sociale 1998</b>	<b>36</b>

<b><i>Plan Aubry-Johanet (6 juillet 1998)</i></b>	<b>37</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 1999</i></b>	<b>39</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2000</i></b>	<b>48</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2001</i></b>	<b>53</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2002</i></b>	<b>56</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2003</i></b>	<b>60</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2004</i></b>	<b>67</b>
<b><i>Plan Douste-Blazy (13 août 2004)</i></b>	<b>73</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2005</i></b>	<b>79</b>
<b><i>Loi organique 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale</i></b>	<b>85</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2006</i></b>	<b>86</b>
<b><i>Plan de redressement de Xavier Bertrand (5 septembre 2006)</i></b>	<b>92</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2007</i></b>	<b>93</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2008</i></b>	<b>97</b>
<b><i>Mesures de redressement du gouvernement (28 juillet 2008)</i></b>	<b>103</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2009</i></b>	<b>104</b>
<b><i>Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010</i></b>	<b>109</b>
<b><i>Loi de financement de la Sécurité sociale 2011</i></b>	<b>115</b>
<b><i>Bibliographie</i></b>	<b>118</b>
<b><i>Sites Ininternet</i></b>	<i>Erreur ! Signet non défini.</i>

## Introduction

Les années quatre-vingts représentent un tournant essentiel pour la Sécurité sociale en France : plus jamais ses comptes financiers ne seront à l'équilibre sans l'intervention de mesures correctrices.

Les déficits restent maîtrisables jusqu'en 1990, date de rupture majeure pour le système de protection sociale français, qui rentre alors dans une période d'endettement, en partie pour des raisons économiques qui s'aggravent en 1993 avec la récession.

Les gouvernements successifs prennent, tout d'abord, des mesures ponctuelles destinées à rétablir l'équilibre financier dans le cadre de plans de santé. Puis, à partir des années quatre-vingt dix, s'attaquent à des réformes de fond. Et à l'heure actuelle, la dette abyssale de la Sécurité sociale semble, pour l'essentiel, transférée aux générations futures.

Les objectifs de ces plans et réformes de santé sont de limiter, d'une part, les dépenses de santé en régulant la consommation et la production de soins et, d'autre part, d'augmenter les recettes en agissant sur les modes de financement.

Au niveau du financement, les lignes directrices des mesures se regroupent autour de quatre axes :

- élargir l'assiette du prélèvement social et restructurer le financement pour le mettre en adéquation avec les critères d'attribution des prestations : achèvement du déplaçonnement des cotisations maladie, famille et accidents du travail (1989-1991), création de la contribution sociale généralisée (1990), du fonds de solidarité vieillesse (1993), substitution de la CSG à des cotisations maladie (1998-1998) ;
- concilier la nécessaire autonomie du financement avec la mise du prélèvement social au service de l'emploi dans un contexte de chômage de masse : allègement des cotisations patronales (1995, 2000, 2003), introduction d'une règle de compensation intégrale des pertes des recettes induites par les allègements de cotisations par le budget de l'Etat (1994), mise en place puis suppression du FOREC (2000-2004), tentative d'introduire une réduction de la CSG pour faciliter le retour à l'emploi (2000) ;
- mettre en réserve des recettes pour l'avenir : projet sans suite de la caisse de garantie des retraites (1993), création du fonds de réserve pour les retraites (1999-2001) ;
- améliorer la gouvernance du financement : création des lois de financement de la Sécurité sociale introduisant un nouveau partage des rôles entre le Gouvernement et le Parlement (1996), refonte de ces lois (2005).

Ne figure pas cette liste une mesure souvent évoquée, mais impossible à réaliser : le changement au moins partiel de l'assiette des cotisations patronales (valeur ajoutée, TVA, etc).

### Plan Durafour (présenté en Décembre 1975)

**Premier ministre : Raymond Barre, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale : Simone Veil**

	Mobilisation de la trésorerie du régime général
1 juil 1976	Réduction du taux de TVA des dépenses pharmaceutiques de 20 à 7%
	Déplafonnement de la part salariale de l'assurance maladie
1 jan. 1976	Augmentation des cotisations des salariés
	Augmentation des cotisations des employeurs
	Elévation des cotisations d'assurance vieillesse

### Plan Barre (présenté en septembre 1976)

**Premier ministre : Raymond Barre, Ministre de la santé et de la Sécurité sociale : Jacques Barrot**

	Mesure de trésorerie touchant notamment le recouvrement des cotisations
1 oct. 1976	Augmentation des cotisations
	Exclusion du remboursement à 70% de certains médicaments dits « de confort »
	Augmentation du ticket modérateur sur les actes d'auxiliaires médicaux
	Institution d'un ticket modérateur sur les frais de transport : ils subiront désormais un ticket modérateur de 30%
	Introduction d'une contribution de l'Etat au financement de la sécurité sociale sous la forme d'une nouvelle vignette automobile

### Plan Veil (présenté en avril 1977)

**Premier ministre : Raymond Barre, ministre de la Santé et de la Sécurité sociale : Simone Veil**

Hausse des taux de cotisation des salariés agricoles et des actifs de plus de 65 ans (**décrets 77-672 et 673 du 29 juin 1977, JO du 30 juin 1977 ; décret 77-677 du 29 juin 1977, JO du 30 juin 1977**)

Déplafonnement d'un point des cotisations de l'Assurance maladie

Instauration d'une cotisation à l'assurance maladie pour les retraités

Hausse du ticket modérateur sur les médicaments dits de confort : (60% au lieu de 30%) ; les médicaments jusqu'alors remboursés à 90% le seront à 100% (**arrêté du 4 juillet 1977, JONC du 31 juillet 1977 et arrêté du 4 août 1977, JO du 14 août 1977**)

Relèvement des cotisations vieillesse sous plafond

### Plan Veil (présenté en décembre 1978)

Initiation d'une politique de maîtrise de l'offre de soins :

Stabilisation voire réduction du nombre de lits

Contrôle de la création d'équipements lourds

Mise en place du *Numerus Clausus* pour les étudiants de médecine

Campagne de prévention contre les fléaux sociaux : alcoolisme et tabagisme

Création de la Commission des comptes de la sécurité sociale (**décret du 22 mars 1979**)

Doublement de la taxe sur les primes d'assurance automobile (6%) (**applicable au 10 février 1979**)

Augmentation de 1.75 point des cotisations vieillesse (**décret 78-1213 du 26 décembre 1978, JO du 28 décembre 1978, applicable au 1er janvier 1979**)

Déplafonnement de 4 points des dépenses d'assurance maladie (**décret 78-1213 du 26 décembre 1978, JO du 28 décembre 1978, applicable au 1er janvier 1979**)

### Plan Barrot (présenté le 25 juillet 1979)

Blocage des honoraires médicaux jusqu'à la signature d'une nouvelle convention

Absence de revalorisation du prix de journée pour les cliniques et respect des budgets initiaux pour le public ;

Création de la retenue 26e maladie ;

Création en décembre 1979 d'une contribution exceptionnelle des pharmaciens ;

Relèvement de 1% de la cotisation d'assurance maladie pour 18 mois (**décret du 30 juillet 1979, JO du 31 juillet 1979**) ;

Plan d'économie de 8 milliards sur les dépenses hospitalières.

### Plan Questiaux (présenté le 10 novembre 1981)

**Premier ministre : Pierre Mauroy, ministre de la Solidarité nationale : Nicole Questiaux, ministre de la Santé : Jack Ralite**

Le rapport Bloch-Lainé : « la France, forces et faiblesses » publié en 1981 a fait des suggestions concernant les modes de financement de la protection sociale, mais le nouveau gouvernement semble au départ sous-estimer la crise financière de la Sécurité sociale. Il avait supprimé, en février, le 1 % supplémentaire de cotisation maladie.

Mais le 10 novembre 1981, pour combler un trou prévisionnel de 40 milliards pour les exercices 1981 et 1982, Nicole Questiaux présente un plan d'urgence susceptible de rapporter 36 milliards de francs.

Hausse des cotisations d'assurance maladie ;

Rétablissement du 1% déplafonné des cotisations d'assurance maladie supprimé par le gouvernement précédent (**décret 81-1013 du 13 novembre 1981, JO du 14 novembre 1981**) ;

Déplafonnement de 3,5 points des cotisations d'assurance maladie à charge de l'employeur : la cotisation patronale sera donc de 8 % déplafonnée et de 5,45 % plafonnée (**décret 81-1013 du 13 novembre 1981, JO du 14 novembre 1981**) ;

Déplafonnement de 0,1 % de l'assurance veuvage ;

Ces mesures prises d'abord pour le Régime général seront élargies aux régimes particuliers (**décrets 81-1014, 1015, 1016 du 13 novembre 1981, JO du 14 novembre 1981**) et agricole ;

Relèvement semestriel du plafond de la Sécurité sociale pour tenir compte de la forte inflation (le retour au plafond annuel unique se fera en 1997 ;

Instauration d'une cotisation de 1% pour les chômeurs (au-dessus du SMIC) (**décrets 82-444, 445 et 446 du 28 mai 1982, JO du 30 mai 1982 - instruction Acooss 82-3 du 19 juillet 1982**) ;

La cotisation maladie portant sur les pensions de retraites mise en place en 1967 pour les régimes de la fonction publique et en 1979 pour le Régime général et les autres Régimes est donc confirmée ;

Doublement de la taxe sur l'assurance automobile versée à l'assurance maladie de 6 % à 12 % ;

Dotations du budget de l'Etat de 2,5 milliards en 1982 ;

Décembre 1981 : projet de loi DDOS (portant diverses dispositions d'ordre social), qui prévoit la suppression du TMOP (ticket modérateur d'ordre public, installé sans succès par le gouvernement précédent) et une amélioration de la couverture sociale des chômeurs non indemnisés.

Ces mesures classiques ne font aucune part à l'innovation : une hausse de la TVA pour financer les déficits sociaux est écartée et une réforme portant harmonisation de l'assiette des cotisations des non-salariés reportée. Ce n'est pas vraiment une politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Ce plan, qui anticipe la politique de rigueur de l'année suivante, est accompagné de mesures d'amélioration des prestations : revalorisation des pensions de vieillesse et d'invalidité d'un peu moins que l'inflation le 1<sup>er</sup> janvier 1982, augmentation du minimum vieillesse.

Le déficit de l'exercice 1981 est néanmoins contenu à - 6,6 milliards de francs.

**4 janvier 1982 : loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 (JO, 5 janvier 1982)** comprend les mesures suivantes :

Rétablissement des droits sociaux des chômeurs non indemnisés (articles 1er, 2 et 3) ;

Abrogation du ticket modérateur d'ordre public (article 4) ;

Assouplissement des dispositions relatives à la revalorisation et le déplafonnement des cotisations d'assurance veuvage (article 5) ;

Institution d'une cotisation d'assurance maladie sur les revenus de remplacement versés aux chômeurs (articles 6 et 7) ;

Modulation du montant de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité, selon que le bénéficiaire est une personne ou vivant en couple (article 8) .

Rétablissement d'une contribution des diffuseurs d'oeuvre graphiques et plastiques au régime des « artistes auteurs » pour la période passée correspondant à son annulation par le Conseil d'Etat (article 9) ;

Prise en charge par l'Assurance maladie du régime des exploitants agricoles, des conséquences d'un accident survenu à un assuré de ce Régime qui était affilié au moment de l'accident à un autre régime obligatoire de Sécurité sociale (article 10).

## Plan Bérégovoy (présenté en juillet 1982)

**Premier ministre : Pierre Mauroy, Pierre Bérégovoy succède à Nicole Questiaux au ministère des Affaires sociales, Jacques Delors ministre des Finances..**

Blocage des prix et revenus des honoraires médicaux, produits pharmaceutiques ;

Absence de revalorisation des indemnités journalières de plus de trois mois ;

Instauration d'un budget global hospitalier, généralisé dans les hôpitaux publics en 1985.

## Plan Bérégovoy (novembre 1982)

**Premier ministre : Pierre Mauroy, ministre des Affaires sociales : Pierre Bérégovoy**

Premier plan de redressement de l'Assurance maladie, qui comprend :

1<sup>er</sup> nov. 1982 : Contribution de solidarité de 1 % des revenus des personnes physiques imposables à l'impôt sur le revenu (le 1 % Delors, applicable au 1<sup>er</sup> novembre 1982 au 31 décembre 1984). Pour la première fois, les revenus du capital (patrimoine et placement) sont appelés à participer au financement de la Sécurité sociale. Cette mesure introduit également pour peu de temps un élément de progressivité du prélèvement social, la moitié des ménages étant assujettie à l'impôt sur les revenus ;

Réforme de l'assiette des cotisations des non-salariés non agricoles (portant jusqu'alors sur les seuls revenus de n<sup>o</sup> n-2, elle fait désormais l'objet d'une revalorisation sur la base des revenus de l'année n-1 et d'une régularisation sur les revenus de l'année n) ;

Instauration d'une cotisation maladie sur les allocations de préretraite et alignement de son taux sur celui des actifs. Par ailleurs, la revalorisation des pensions est indexée sur l'évolution réelle des salaires de l'année en cours ;

Blocage des prix, revenus et honoraires pharmaceutiques (*circulaire DGR n° 1308/82*) ;

18 nov 1982 Baisse du taux de marque des grossistes de 10,7% à 9,7% ;

30 nov. 1982 L'arrêté du 11 novembre 1982 abaisse le taux de remboursement des médicaments destinés au traitement des affections sans caractère habituel de gravité : remboursement ramené de 70 à 40 % pour 1 258 médicaments (vignette bleue).

## Plan Bérégovoy et Delors (mars – septembre 1983)

**Premier ministre : Pierre Mauroy, ministre des affaires sociales : Pierre Bérégovoy**

19 janvier 1983 : **Loi du 19 janvier 1983** portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale met en forme législative les mesures arrêtées dans le cadre des deux plans de financement.

Assujettissement à cotisation maladie des avantages de préretraite ;

Taxe sur la publicité pharmaceutique : les entreprises ayant un chiffre d'affaires supérieur à 50 millions de francs, devront acquitter 5% de leurs dépenses de promotion ;

Report d'une hausse de prix des produits pharmaceutiques qui avait été annoncée pour le 1er juillet 1983.

Remise conventionnelle des pharmaciens à la Sécurité sociale : de 250 millions de francs.

Taxe sur les tabacs et alcools (vignette supprimée le 1.7.84) (10 francs par bouteille d'alcool de plus 25° et 25% du prix du tabac, mis en place progressive e cinq étapes semestrielles de 5 % chacune). La taxe sur le tabac sera supprimée dès juillet 1984 suite à un avis de la Commission européenne. En contrepartie, une petite partie des droits de la consommation sur ce produit sera transférée pour un temps du budget de l'Etat à la Cnamts..

: Création du forfait hospitalier (prestations d'hôtellerie à l'hôpital). Le taux est fixé à 20 F à partir du 1<sup>er</sup> avril 1983. Il augmentera de 1 F chaque 1<sup>er</sup> janvier.

Le système du budget global hospitalier (**décret d'application du 11 août 1983**) se substitue au système de prix de journée jugé trop inflationniste, qui prolongeait le séjour des patients à l'hôpital pour des raisons uniquement financières. La dotation globale est une somme versée chaque année par les régimes d'Assurance maladie aux établissements et concerne les hôpitaux publics et les cliniques PSPH (participant au service public hospitalier). Ce système profondément novateur avait toutefois l'inconvénient de figer, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 1984 – date de son entrée en vigueur – les recettes d'un hôpital sur la base de sa situation en 1983. En effet, la dotation globale évolue chaque année en appliquant à la dépense de l'année précédente « un taux directeur d'évolution » fixé par une circulaire ministérielle.

Juin 1983 : Le Livre blanc sur la protection sociale du ministère des Affaires sociales présente trois orientations pour assurer l'équilibre financier des régimes sociaux : une augmentation des recettes, un ralentissement des dépenses par une gestion plus rigoureuse, et une réforme du financement couplée avec une harmonisation des régimes.

1 juil 1983 Baisse du taux de marque des officines de 33,44% à 32,44%

**Loi de finances pour 1984 :**

Les cotisations salariales sont augmentées et surtout la cotisation maladie est entièrement dé plafonnée par une opération dite de dé plafonnement compensé au 1<sup>er</sup> janvier 1984 ;

La cotisation salariale d'assurance vieillesse est majorée de un point (de 4,7 % à 5,7 %) ;

Création d'un prélèvement exceptionnel de 1% sur les revenus imposables (supprimée le 1/1/19.85) ;

Révision à la baisse de la cotation des actes en Z du fait de la baisse du métal argent ;

28 nov. 1984 Réforme des modalités de recouvrement des cotisations du régime général pour améliorer la rémunération des fonds.

Les plans Bérégovoy entraînent une sérieuse décélération des dépenses maladie qui chutent de 18,5 % en 1982 à 11,3 % en 1983. Le solde du Régime général peut être contenu à – 7,6 milliards de francs en 1982, et dans un contexte de très faible croissance, affiche un excédent de 11 milliards de francs en 1983. Avec la hausse de la cotisation vieillesse au 1<sup>er</sup> janvier 1984, Pierre Bérégovoy annonce que les comptes 1984 seront équilibrés.

Des rapports publiés successivement démontrent que le financement de la Sécurité sociale est maintenant pris en considération : rapport d'Henry de Castries sur *les possibilités et les conséquences d'un changement d'assiette des cotisations patronales* (février 1982), rapport de Véronique Maillot sur *les éléments de réflexion sur la réforme de l'assiette des cotisations sociales* (juillet 1982), rapport de Claire Bazy-Malaurie et Charles-Amédée du Buisson de Courson sur *l'extension de l'assiette des cotisations sociales* (novembre 1983), *Livre blanc sur la protection sociale* (juin 1983).

### Plan Dufoix (présenté en mai-juin 1985)

**Premier ministre : Laurent Fabius, ministre des affaires sociales : Georgina Dufoix**

#### **Projet de loi de finances pour 1985 :**

1<sup>er</sup> janv. 1985 Le 1 % Delors est supprimé à l'exception de sa partie portant sur les revenus de capitaux qui est maintenu au profit de la Cnaf ;

Mensualisation des retraites (DDOS du 28 novembre 1984).

Avril 1985 : Projet de réforme du Code de la Mutualité.

Juin 1985 : Pour assurer l'équilibre financier du Régime général, abaissement du taux des indemnités journalières de maternité de 90 % à 84 % ;

Baisse du remboursement des soins infirmiers et des analyses biologiques ;

Augmentation de 3 % de la taxe automobile qui passe de 12 % à 15 % ; ;

Reclassement de 379 médicaments dits de confort;

4 juillet 1985 : Arrêté agréant la Quatrième convention nationale des médecins

Les honoraires médicaux sont revalorisés de 3,6 % ;

Abandon du principe de l'enveloppe globale d'honoraires et de prescription, en contrepartie d'un très timide engagement sur la maîtrise des dépenses et sur le bon usage de soins ;

Lien entre la valeur des lettres-clés et la cotation des actes dans la NGAP.

Août 1985 : Le versement de la dotation globale hospitalière est éclaté en deux fractions, ce qui permet d'améliorer les comptes de l'année 1985, le passage à la comptabilité en droits constatés n'interviendra que 12 années plus tard.

Publication du rapport Gisserot préconisant de mettre de l'ordre dans la protection sociale complémentaire.

Ces mesures s'ajoutant à des mécanismes déjà en place (forfait journalier, ticket modérateur, budget global...) entraînent des excédents pour les années 1984 et 1985 : 16,6 milliards de francs et 12,1 milliards de francs. Mais le bon résultat 1985 est dû essentiellement à des opérations de trésorerie et les prévisions pour 1986 laissent entrevoir un déficit sans précédent de 20 milliards de francs.

### 1<sup>er</sup> Plan Séguin (présenté le Juillet 1986)

**Premier ministre : Jacques Chirac, ministre des Affaires sociales : Philippe Séguin, ministre de la santé : Michèle Barzach**

Hausse des recettes, avec notamment le rétablissement pour un an de la contribution sur les revenus créée par Delors en 1983 puis supprimée en 1985 (taux : 0.4%) au profit de la Cnavts ;

Prélèvement également au profit de la Cnavts de 1 % sur les revenus du capital ;

Majoration de 0,7 point de la cotisation salariale vieillesse, qui passe à 6,4 %.

Le volet recettes de ce 1<sup>er</sup> plan Séguin de 8,5 milliards de francs de prélèvement supplémentaire, en année pleine, équilibre le volet dépenses de 9,4 milliards de francs.

### 2<sup>e</sup> Plan Séguin (présenté le 18 novembre 1986)

**Premier ministre : Jacques Chirac, ministre des Affaires sociales : Philippe Séguin, ministre de la Santé : Michèle Barzach**

Extension et révision de la liste des 25 maladies visées à l'article D322.1 du code de la Sécurité sociale. (**décret 86-1380 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987**) ;

Suppression de la « 26e maladie » (**décret 86-1379 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987**) ; le mécanisme de la 26e maladie qui permettait aux assurés de bénéficier d'une prise en charge à 100% dès que la dépense restant à leur charge dépassait 80F/mois ou 480F/6 mois

**L'arrêté du 30 décembre 1986 (JO du 22 janvier 1987)** prévoit la prise en charge, au titre des prestations supplémentaires, du ticket modérateur relatif aux frais de traitement d'une affection grave caractérisée non visée par la liste des maladies exonérantes ;

Pour les assurés exonérés du ticket modérateur, seuls les soins et traitements prescrits dans le cadre de la maladie exonérante seront pris en charge à 100% par l'Assurance maladie – création de l'ordonnancier bizonne (**décret 86-1378 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987**) ;

**Décret 87-39 du 27 janvier 1987** limitant l'exonération aux seuls frais d'hospitalisation et supprimant la possibilité d'additionner le coefficient de l'intervention avec celui de l'anesthésie ;

Lissage sur trois mois de la période de référence pour le calcul des indemnités journalières (**décret 86-1375 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987**) ;

Suppression de la franchise postale (**Loi 87-39 du 27 janvier 1987, JO du 2 août 1987**) ;

1 jan 1987

Mesure des « 40 à 40 » : remboursement effectif à 40% des médicaments soumis à ce taux, quelle que soit la situation de l'assuré et les raisons de la prescription (**décret 86-1377 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987 - arrêté du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987 - arrêté du 30 avril 1987, JO du 5 mai 1987**) :

Suppression de l'exonération du ticket modérateur en cas d'arrêt de travail de plus de 3 mois; (**décret 86-1376 du 31 décembre 1986, JO du 1er janvier 1987**) ;

Relèvement à 25F du forfait hospitalier; (**arrêté du 30 décembre 1986, JO du 31 décembre 1986**).

Déremboursement des vitamines (sauf D et B12);

Prélèvement exceptionnel de 0.5% sur les revenus de 1985 et 1986;

Hausse de 2% du prix du tabac (**arrêté du 30/12/86 - JO du 01/01/87**)

Honoraires médicaux revalorisés de 13 % en plusieurs étapes jusqu'au 15 septembre 1987.

Les mesures de ce plan trouvent leur traduction dans de nombreux décrets : n° 86-1375 à 1380 du 31 décembre 1986 et la loi n° 87-39 du 27 janvier 1987 portant diverses mesures d'ordre social (DMOS). Celle-ci autorise le secteur privé à l'hôpital.

Malgré ces mesures, la Commission des comptes de la Sécurité sociale chiffre encore le déficit du Régime général à 30 milliards de francs en décembre 1986. Et les déficits prévisionnels des exercices 1987 et 1988 s'établissant respectivement à 41 et 63 milliards, un autre plan s'avère nécessaire.

### 3<sup>e</sup> Plan Séguin dit Plan de financement du déficit (29 mai 1987)

**Premier ministre : Jacques Chirac, ministre des Affaires sociales : Philippe Séguin, ministre de la Santé : Michèle Barzach**

Printemps 1987 : Etats généraux de la Sécurité sociale basée sous l'emblème de la baleine, animal sympathique menacé de disparition, dont l'objectif est de réformer la Sécurité sociale en profondeur sous l'égide d'un Comité des Sages (Rapport de Jean Marmot).

Ce rapport inspire le projet de loi relative à l'Assurance maladie (loi n° 88-16 du 5 janvier 1988).

Ce plan doit rapporter 21,7 milliards de francs.

Reconduction du prélèvement de 0,4% sur les revenus imposables des personnes physiques pour une année, au profit de la Cnavts ;

Prélèvement supplémentaire de 1% sur les revenus du capital financier et immobilier. Le taux passe à 2 % ;

Majoration pour un an de 0,2 point de la cotisation salariale vieillesse, qui passe à 6,6 % ;

Majoration pour un an de 0,4 point de la cotisation salariale maladie et de la cotisation sur les pensions de retraite et sur les allocations de chômage : elle passe à 5,9 % ;

Majoration des droits de consommation sur le tabac au profit de la Cnamts.

Indexation des pensions de retraites sur les prix et non plus sur les salaires.

1er août 1987 Baisse de la TVA sur la pharmacie de 7% à 5.5%

Les dépenses de sectorisation psychiatrique seront progressivement prises en charge par l'Etat .

Les plans Séguin ont permis d'économiser 10 milliards de francs, dont un tiers seulement sont dus aux effets mécaniques des mesures. La majeure partie du rendement obtenu est la résultante d'effets psychologiques, qui amènent les malades à réduire leur consommation médicale. Les chiffres définitifs de 1987 de l'assurance maladie ont fait apparaître pour la première fois une baisse (-0,8 % en francs constants).

## Année 1988 :

15 janvier 1988 : Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988

Création d'un fonds national de prévention ;

Création du Mica : mécanisme d'incitation au départ anticipé des médecins ;

Hausse de 10 % du prix du tabac au 1<sup>er</sup> avril 1988

Avril 1988 : Opération « Economies sur les médicaments » de la Fédération nationale de la mutualité française.

Envoi à 87 000 médecins libéraux d'une liste de médicaments identiques mais à des prix différents, source de plus de 2 milliards d'économie potentielle (prémisse des génériques).

## Plan Evin, juin 1988 (présenté en septembre 1988) ou annulation du plan Séguin

### **Premier ministre : Michel Rocard, ministre des Affaires sociales : Claude Evin**

8 mai 1988 : François Mitterrand est réélu Président de la République. Il nomme Michel Rocard comme Premier ministre. 5-12 juin : Claude Evin est nommé ministre chargé des Affaires sociales.

1 juil. 1988 : Maintien de l'augmentation exceptionnelle du taux de cotisation salariale maladie, maternité, invalidité et vieillesse.

Réaménagement du plan Séguin concernant les maladies longue durée. La prise en charge à 100 % est en grande partie rétablie. Coût estimé : 2 milliards de Francs.

15 nov 1988 : Baisse du taux de marque des pharmaciens de 32,44% à 30,44%.

Baisse de 2,87 % du prix des médicaments remboursés par la Sécurité sociale.

(Lois DMOS n° 89-18 du 13 janvier 1989)

1<sup>er</sup> janv 1989 : Relèvement du taux de la taxe sur la publicité pharmaceutique ;

Déplafonnement des cotisations patronales d'allocations familiales et d'accidents du travail, les premières en deux étapes, les 1<sup>er</sup> janvier 1989 et 1990, leur taux étant abaissé de 9 % à 7 % ; le déplafonnement des cotisations AT/MP a lieu le 1<sup>er</sup> janvier 1991 : le taux moyen étant abaissé de 0,75 point (de 3,35 à 2,59 %). Seules les cotisations d'assurance vieillesse demeurent plafonnées.

Juillet 1989 : la Commission des comptes de la Sécurité sociale. note l'amélioration des finances de la Sécurité sociale sous l'effet de rentrées des cotisations de plus en plus fortes.

- Sept. 1989 : Reconstitution pour un an des prélèvements de 0,4 % sur le revenu imposable et de 1 % sur les revenus des capitaux ;
- 1er jan 1990 Baisse de la TVA sur les produits pharmaceutiques remboursables de 5,5% à 2,1%
- Mars 1990 Mise en place de la marge dégressive lissée pour les pharmaciens d'officine
- Exonération du ticket modérateur pour les affections de longue durée « hors liste »
- Suppression du délai de 6 mois existant entre le début des soins et celui de l'exonération dans le cadre de la maladie exonérante
- Exonération du ticket modérateur pour un malade atteint de polyopathie, pour tous les soins entrant dans le cadre de la maladie exonérante
- Exonération du ticket modérateur pour les médicaments à vignette bleue (40%) prescrits pour un malade dans le cadre d'une maladie exonérante.
- Révision à la baisse de la cotation des actes de biologie
- Gel du forfait salle d'opération (FSO) qui ne devra pas dépasser en 1991 le montant versé en 1990
- Limitation du remboursement des préparations pharmaceutiques : établissement d'une liste positive pour ces préparations
- Arrêté du 27 mars 1990 : 5<sup>e</sup> Convention nationale des médecins
- Gel partiel et provisoire du secteur à honoraires libres
- Relèvement du C des généralistes de 85 F à 90 F

### Plan Evin d'économie (17 décembre 1990) ou plan Durieux

**Premier ministre : Michel Rocard, ministre des Affaires sociales : Claude Evin, ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux**

Le gouvernement de Michel Rocard va faire aboutir une des premières réformes majeures du financement de la Sécurité sociale des années 1990 : la Contribution sociale généralisée (CSG).

22 nov 1990 : Décret sur les restrictions de la prise en charge des médicaments remboursables.

19 déc. 1990 Adoption par le Parlement de la Contribution Sociale Généralisée (CSG), entrée en vigueur le 1er fév. 1991 (Loi 90-1168 du 19.12.90) ;

Mesure-clef dont l'aboutissement fut difficile. Elle reconnaît enfin le concept suivant : au changement de l'assiette des cotisations acquittées par les entreprises (passage de la masse salariale à la valeur ajoutée), il

faut préférer l'assujettissement au prélèvement social de tous les revenus des ménages, pour des raisons d'efficacité économique et d'équité sociale.

En fait, la CSG fut instaurée non comme un nouveau moyen de financement de la Sécurité sociale, mais comme un outil de restructuration de celui-ci. Elle fut un moyen de relancer la consommation, mais n'équilibra en rien les dépenses des régimes de protection sociale.

1 fév. 1991 Instauration de la CSG au taux initial de 1.1% (**Loi 90-1168 du 29 décembre 1990, art. 127 à 135, JO du 30 décembre 1990, applicable au 1er février 1991**). Elle est affectée au financement de la Cnavts ;

Réduction de la cotisation d'allocation familiale de 1,6 point ;

Création d'une cotisation patronale d'assurance vieillesse dé plafonnée de 1,6 point ;

Suppression du prélèvement de 0,4 % sur le revenu imposable affecté à la Cnavts ;

Réduction de la part salariale de la cotisation vieillesse de 1,05 point, assortie d'une remise forfaitaire de 42 francs par mois proratisée sur le temps ;

Augmentation de la taxe sur la publicité des laboratoires pharma. (5%) avec effet rétroactif sur 1990 avec élargissement de l'assiette aux salaires et frais des visiteurs médicaux.

28 février 1991 Déremboursement des antiasthéniques

Malgré toutes ces mesures, le solde prévisionnel du Régime général est établi pour 1991 à – 23 milliards de francs, ce qui induit une très forte dérive des dépenses d'assurance maladie.

### Plan Durieux (présenté en juillet 1991)

**Premier ministre : Michel Rocard, ministre des Affaires sociales : Claude Evin, ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux**

**Loi du 13 juillet 1991** Enveloppe globale pour l'ambulatoire (objectifs quantifiés nationaux, qui deviendront Ondam en 1996)

Ce mécanisme contractuel tripartite entre l'Etat, les Caisses et les professionnels de santé fixe des enveloppes globales conventionnelles à l'évolution des dépenses de santé. La valeur des actes peut varier en fonction de l'exigence des enveloppes. Sont compris les laboratoires d'analyses et les cliniques privées.

Pour les laboratoires privés d'analyse biologique, la loi met en place un système individualisé de sanctions. Il faut noter que l'ordonnance du 24

avril 1996 ne concernant pas les biologistes, le mécanisme est toujours en vigueur.

Pour les cliniques privées non PSPH (Participant au service public hospitalier, l'ajustement s'opère par discipline, médecine, chirurgie ou obstétrique, par le biais d'une minorisation des tarifs. La loi pose le principe d'une convention nationale de l'hospitalisation privée.

Les médecins fondamentalement hostiles à ce système ne seront finalement pas visés par la loi.

### Plan Bianco (12 juin 1991)

**Premier ministre : Edith Cresson, ministre des Affaires sociales : Jean-Louis Bianco, la partie emploi travail est confiée à Martine Aubry, , Ministre délégué à la Santé : Bruno Durieux**

- Jul. 1991 Les cotisations d'assurance maladie des salariés augmentent de 0,9 % (et son équivalent pour les non-salariés ; les revenus de remplacement, n'ayant pas bénéficié de l'opération CSG, ne sont pas sollicité.)
- Le versement des cotisations sociales pour les entreprises de 50 à 399 salariés est avancé du 15 au 5 de chaque mois . Ces PME sont dorénavant alignées sur les entreprises de plus de 400 salariés.
- 1 juil.-1991 Le forfait hospitalier passe de 33 à 50francs (**arrêté du 28/06/91, JO du 30/06/91**)
- Les laboratoires pharmaceutiques doivent proposer eux-mêmes une réduction de leur chiffre d'affaires sur les spécialités remboursables de 2,5 %. Cette réduction concerne tous les laboratoires réalisant plus de 100 millions de francs de chiffres d'affaires dans les médicaments remboursés par la Sécurité sociale, c'est-à-dire une centaine de laboratoires. Ils pourront jouer sur le déremboursement de certaines spécialités ou la baisse des prix.
  - Les grossistes-répartiteurs devront fournir leur écot à la politique d'économie sur le supplément d'honoraires. Ils y laissent 0,6 % de leur chiffre d'affaires.
- Suppression du supplément d'honoraires pharmaceutiques des pharmaciens (**arrêté du 19.02.91 - JO du 7/08/91**)
- Les médicaments à base d'oligo-éléments et de magnésium ne sont plus remboursés.
  - Révision de la nomenclature des actes de radiologie. (**arrêté du 6.08.91 - JO du 7.08.91 et décret du 6.08.91 n° 91-762**)
- 31 juillet. 1991 Loi n° 91-748 portant réforme hospitalière : elle vise à rationaliser l'offre de soins hospitaliers en partant de la carte sanitaire créée en 1970. Elle met en place les Schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros), qui

organisent dans chaque région la répartition des équipements et des activités tant publiques que privées. Les autorisations de lits doivent respecter le Sros. Des contrats pluriannuels entre les établissements, l'assurance maladie, l'Etat et les Collectivités locales sont conclus pour la réalisation des objectifs des Sros.

Octobre 1991 : Accord tripartite sur les OQN (Objectifs quantifiés nationaux) ;

En raison de la grande manifestation des professions de santé le 17 novembre, cet accord sera révisé. Le terme d'enveloppe globale sera remplacé par objectif annuel et l'accord ne sera finalement signé que pour quatre professions : ambulanciers, kinésithérapeutes, infirmières et cliniques.

### **Années 1992-1993 :**

**Premier ministre : Edith Cresson, ministre des Affaires sociales : Jean-Louis Bianco, AMinistre délégué à la Santé : Bruno Durieux**

**A partir d'avril 1992 : Pierre Bérégovoy, Premier ministre, René Teulade Ministre des Affaires sociales.**

Le trou de la Sécurité Sociale devient un gouffre. Les comptes s'éloignent significativement du point d'équilibre, que le refus d'emprunter à long terme et les limites d'une gestion financière réduite à la gestion de trésorerie, oblige à retrouver sans tarder. Mais le gouvernement Bérégovoy, de courte durée avant les législatives suivantes, ne prend pas de grandes mesures.

*10 avril 1992* : un avenant à la convention nationale signé par les trois caisses nationales et la CSMF prévoit de limiter la progression des dépenses médicales remboursables à 7,09 % en 1992 et de revaloriser le C du généraliste de 90 F à 100 F, de fixer des objectifs annuels tant au plan national que local, de mettre en place des mécanismes de régulation fondés sur la suspension de la participation des Caisses au financement des cotisations sociales des médecins.

Il est agréé le 4 mai par René Teulade, mais un congrès de la CSMF entraîne le retrait du projet de loi pourtant voté en première lecture par l'Assemblée nationale.

*10 juillet 1992* : le Conseil d'Etat annule la convention de mars 1990, considérant que la signature d'un seul syndicat (la FMF) est insuffisante. Pour pallier le vide juridique, le gouvernement gèle le montant des honoraires médicaux.

*14 octobre 1992* : Un autre accord avorte : Jacques Beaupère président de la CSMF est désavoué par ses instances pour avoir signé le texte. Claude Maffioli le remplace.

*4 janvier 1993* : loi dite René Teulade relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie. Elle s'étend aux médecins et aux infirmières libérales. Elle est beaucoup moins contraignante que la loi du 31 juillet 1991.

Elle fixe seulement le principe d'objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses. Le mécanisme d'ajustement est plus réduit car il ne consiste qu'en une absence de revalorisation tarifaire si l'objectif est dépassé.

L'Etat est chargé d'approuver par arrêté les conventions, mais il n'est pas partie prenante à leur discussion.

La loi met en place des instruments permettant aux professionnels d'améliorer la qualité des soins en incluant dans les conventions le principe de Références médicales opposables (RMO).

Elle prévoit aussi : la mise en place d'un codage informatique des actes, des prescriptions et des pathologies, la création dans chaque région d'une union professionnelle des médecins libéraux (URML). Les membres des URML sont élus pour six ans et leur mission est d'améliorer la gestion du système de santé, la qualité des soins et de suivre l'évolution des dépenses (décret du 14 décembre 1993, qui sera ensuite modifié par le décret du 8 avril 1997 et la loi de financement de la Sécurité sociale du 23 décembre 1998.

*Décembre 1992* : la situation financière de la Sécurité sociale est catastrophique : l'Etat décide de lui verser une subvention de 5 milliards de francs et de procéder à deux hausses du tabac de 15 % chacune en 1993.

*Janvier 1993* : Reconstitution pour 1993 de la contribution des grossistes-répartiteurs en médicaments au taux de 1,2 % pour 1993 (elle avait été créée en juillet 1991).

Majoration de la taxe sur la publicité pharmaceutique de 7 % à 9 %.

*4 et 18 janvier 1993* : lois créant l'Agence du Médicament.

*27 janvier 1993* : une loi DMOS crée un nouveau mode de reconnaissance des maladies professionnelles ; elle étend la notion de personne à charge d'un assuré social aux personnes qui vivent et sont à charge effective totale et permanente de l'assuré depuis au moins 12 mois.

*27 mars 1993* : le décret n° 93-687 définit les conditions d'ouverture des droits aux prestations de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès fondées sur une affiliation liée à l'activité professionnelle. Ce décret pris en application de la loi du 29 juillet 1992 relative au RMI abaisse sensiblement les conditions socioprofessionnelles requises pour bénéficier des prestations en nature ; il vise à faciliter l'accès aux soins des salariés précaires.

### Plan Veil (présentée en 29 juin 1993)

**Premier ministre : Edouard Balladur, ministre des Affaires sociales : Simone Veil.**

Les dépenses d'assurance maladie ne s'aggravent pas considérablement en 1993-1994, mais la récession est importante et la masse salariale stagne en 1993. Des déséquilibres financiers entre les dépenses de santé et les recettes sont donc à craindre. La Commission des Comptes chiffre, en juin 1993, le déficit du Régime général à 100 milliards de francs.

Simone Veil présente donc, le 29 juin 1993, un nouveau plan de redressement de l'Assurance maladie, qui prévoit 32,2 milliards de francs d'économie sur les dépenses de santé.

1er août 1993 Réduction de 5 points des taux de remboursement pour les soins de médecins et auxiliaires, les médicaments, les analyses de laboratoires, les frais de transport (**décret du 29 juillet 1993, JO du 30 juillet 1993, applicable au 1er août 1993**). Cela correspond à une augmentation du ticket modérateur : 30 % (au lieu de 25 % pour les honoraires des médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ; 40 % au lieu de 35 % pour les honoraires des auxiliaires médicaux et des analyses). Le taux du ticket modérateur des médicaments augmente également (65 %, 35 %).  
Augmentation du forfait hospitalier qui passe à 55 francs. (**arrêté du 23 juillet 1993, JO du 30 juillet 1993**)

Augmentation de la CSG qui passe de 1,1 à 2,4% (**Loi de finances rectificative pour 1993 - 93-859 du 22 juin 1993, JO du 23 juin 1993 ; loi de finances pour 1994 - 93-1352 du 30 décembre 1993, JO du 31 décembre 1993**)

**Circulaire du 26 août 1993** relative aux modalités de mise en oeuvre du plan d'économie de l'Assurance maladie dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux à tarif préfectoral.

22 nov. 1993 : le gouvernement agréé le protocole d'accord de la nouvelle convention médicale signé le 21 octobre (sauf pas MG France). Cet accord s'inscrit dans le cadre fixé par la loi du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie.

Cet accord était nécessaire car, depuis l'annulation de la Convention par le Conseil d'Etat, il y avait vide juridique. L'objectif visé est aussi une économie de 10,4 milliards par une maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le Conseil des ministres adopte un projet de loi « santé publique, protection sanitaire et sociale » et prévoit des mesures sur les restructurations hospitalières (**loi du 18 janvier 1994**).

### Années 1994-1995 :

1<sup>er</sup> janvier 1994 : Création du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Cette institution publique de Sécurité sociale a pour mission d'alléger les charges des régimes de base vieillesse. Elle est financée, en autres, par une partie de la CSG.

18 janv 1994 : Loi relative à la santé publique et à la protection sociale

Elle légalise la convention médicale signée le 21 octobre 1993. Elle prévoit la création d'un dossier de suivi médical et modifie le dispositif relatif au codage des actes.

25 janv. 1994 Accord cadre entre l'Etat et les représentants de l'industrie pharmaceutique sur la politique conventionnelle du médicament.

Fixation d'un objectif annuel national de dépenses pharmaceutiques ;

Le prix des médicaments remboursables peut faire l'objet de conventions valables pour quatre ans, conclues entre les laboratoires et le Comité économique du médicament. Le mécanisme est fondé sur un engagement prix/volume. Il est assorti de sanctions financières en cas de non-respect.

25 juil. 1994 : Loi sur l'organisation de la Sécurité sociale (JO du 27 juillet 1994)

Elle renforce l'autonomie financière des branches de la Sécurité sociale et accroît le rôle du Parlement en instituant un rapport annuel sur l'évolution des régimes obligatoires. Elle définit aussi le rôle respectif de l'Etat, des organismes nationaux et locaux de la Sécurité sociale.

Une expérimentation de dispositifs d'aide aux personnes âgées dépendantes est également prévu et se déroulera au cours des années suivantes dans une dizaine de caisses de Sécurité sociale (la PSD – Prestation spécifique dépendance).

5 août 1994: Rapport de l'Igas préconisant un développement progressif du marché des génériques

17 sept. 1994: Congrès de la FNMF pour la création d'un régime universel d'assurance maladie

20 sept. 1994: Rapport de l'Igas sur la gestion hospitalière, qui relève l'impuissance du budget global à maîtriser la croissance des dépenses hospitalières.

14 nov. 1994: En application de la loi du 25 juillet 1994 se tient le premier débat et le premier rapport sur la Sécurité sociale devant le Parlement. Un retour à l'équilibre pour 1997 est prévu.

5 déc. 1994 : Livre blanc sur le système de santé et d'Assurance maladie (Rapport Soubie-Portos-Prieur). Le rapport rejette le tout Etat et le tout marché et choisit la voie de la régulation des dépenses de santé.

22 déc. 1994: Echec des négociations conventionnelles, car le gouvernement subordonne les revalorisations tarifaires proposées en 1995 au respect de l'objectif de maîtrise des dépenses de santé.

17 janv. 1995 Accord signé entre deux syndicats de médecins et les caisses nationales pour porter le C à 110 F et le Cs à 150 F ; un objectif prévisionnel d'évolution des dépenses est fixé à 3 % en 1995.

Loi de modernisation de l'agriculture votée par les députés pour améliorer la couverture sociale des agriculteurs. Enveloppe prévue de 15 milliards sur cinq ans.

25 janv. 1995 : Publication de la loi DHOS validant la convention médicale.

23 fév. 1995 : L'avenant conventionnel est agréé par le gouvernement, et publié au Journal officiel du 5 mars 1995.

Objectif de 3 % d'évolution des dépenses pour 1995 ;

Revalorisation du C et Cs ;

Organisation du dossier de suivi médical (**décret du JO, 4 mars 1995**) ;

**Décret sur le codage des actes (JO du 7 mai 1995) ;**

Cet accord a été rendu possible par le succès de la maîtrise médicalisée en 1994. Les dépenses maladie n'ont augmenté en 1994 que de 3,2 % contre 5,7 % en 1993. La médecine de ville s'est bien comportée : croissance de 1,9 % pour un objectif prévisionnel de 3,4 %.

7 mai 1995 : le décret publié au JO du 7 mai 1995 accorde des indemnités journalières aux artisans.

7 mai 1995 : Jacques Chirac est élu président de la République ; Alain Juppé est nommé Premier ministre.

16 juin 1995 : Alain Juppé installe le Haut Conseil pour la réforme hospitalière.

Juillet 1995 Parution de deux rapports sur le financement de la protection sociale : rapport de Jean-Baptiste de Foucault (*Le financement de la protection sociale*) et rapport de B. Ducamin (*La réforme de la fiscalité portant sur les revenus des personnes*).

Été 1995 : Réduction dégressive des cotisations patronales pour les salaires inférieurs à 1,2 fois le SMIC à compter du 1<sup>er</sup> septembre (Ristourne Juppé). A partir du 1<sup>er</sup> octobre 1996, cette ristourne sera applicable aux salaires inférieurs à 1,33 fois le SMIC.

Maintien de l'allègement des cotisations familiales jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 1996.

Loi Robien n° 95-502 du 11 juin 1995 introduisant un allègement des cotisations patronales de Sécurité sociale en faveur de l'aménagement et de la réduction du temps de travail.

**Plan Juppé (présenté le 15 novembre 1995) - Mise à jour du 23 janvier 1996**

**Premier ministre : Alain Juppé, ministre des Affaires sociales : Elisabeth Hubert, puis Jacques Barrot.**

La Commission des comptes de la Sécurité sociale annonce un déficit de la Sécurité sociale plus important que prévu : 62 milliards de francs pour 1995 et un trou du même montant pour 1996.

En effet, les recettes escomptées ne sont pas au rendez-vous et le ralentissement de la croissance pourrait entraîner un manque à gagner de 20 milliards de francs sur les cotisations.

A cela vient s'ajouter le fait que la contribution demandée aux médecins, de 1,4 milliards de francs, n'ira pas comme prévu à la Sécurité sociale puisqu'elle sera consacrée à un fonds de modernisation et de reconversion pour les médecins.

4 oct. 1995: Jacques Chirac célèbre le cinquantième anniversaire de la Sécurité sociale.

9 oct. 1995 : début des forums régionaux de la protection sociale.

16 oct. 1995: Elisabeth Hubert annonce prématurément un taux hospitalier de 2,1 % pour 1996 et le passage du forfait hospitalier de 55 F à 79 F.

15 nov. 1995 : Le plan Juppé de réforme de la protection sociale est présenté à l'Assemblée nationale. Il est ratifié en Conseil des ministres le 24 novembre 1996.

Le plan est concrétisé par les mesures législatives suivantes.

### **1) Loi d'habilitation autorisant le gouvernement à réformer la protection sociale par voie d'ordonnances (30 décembre 1995) :**

Cette loi autorise le gouvernement à réformer la protection sociale par ordonnances dans un délai de quatre mois. Cette loi avait fait l'objet, les 20 et 21 décembre, de saisines du Conseil constitutionnel visant à faire déclarer la loi non conforme à la Constitution. Le Conseil constitutionnel s'est cependant prononcé en faveur de la conformité de la loi à la Constitution (**J.O. du 31 décembre 1995**).

Parallèlement, la Constitution sera révisée et trois projets de loi ordinaires seront rédigés pour permettre au Parlement de fixer des objectifs annuels de dépenses de santé, pour créer un régime universel d'assurance maladie, pour réformer les prélèvements obligatoires et pour, théoriquement, instituer de nouveaux mécanismes d'épargne retraite.

### **2) Adoption des cinq ordonnances de réforme de la Sécurité sociale : 25 janvier 1996**

La loi autorisant le gouvernement à réformer par voie d'ordonnances a été appliquée sans délai, puisque, dès le 24 janvier, le Conseil des ministres a adopté les deux premières ordonnances de réforme de la Sécurité sociale, instituant la contribution destinée à rembourser la dette sociale (RDS), ainsi que les mesures d'urgence pour le redressement du Régime général.

#### **• Ordonnance 96-50 relative au RDS (24 janvier 1996 - JO du 25 janvier 1996) :**

Le remboursement de la dette sociale (RDS) entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> février. Créé pour 13 ans, ce nouveau prélèvement concerne la quasi totalité des revenus, à l'exception des minima sociaux et de l'épargne populaire. Prélevé au taux de 0,5 %, il devrait rapporter en 1996 (soit sur 11 mois) 20 milliards de francs. La CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) en est l'institution de financement.

#### **• Ordonnance 96-51 relative au rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale (24 janvier 1996 - JO du 25 janvier 1996) ;**

Ces mesures d'urgence, qui devraient rapporter quelques 19 milliards de francs en 1996, concernent l'assurance maladie, les retraites et la famille.

Elles comprennent des mesures financières classiques :

- Majoration de 0,2 point de la cotisation maladie des retraités et des chômeurs ;
- Majoration de la CSG au 1<sup>er</sup> janvier 1997 et substitution partielle de cette majoration à la cotisation salariale d'assurance maladie ou son équivalent pour les non-

salariés et les titulaires des revenus de remplacement et élargissement de l'assiette de cette contribution ;

- Contribution de 6 % sur la part patronale finançant la couverture maladie complémentaire.

Les mesures se rapportant à l'Assurance maladie sont :

- le plafonnement de l'évolution des dépenses médicales en 1996 à 2,1 %, à défaut d'accord conventionnel entre les caisses de Sécurité sociale et les syndicats médicaux d'ici le 15 février ;
- la contribution exceptionnelle de l'industrie pharmaceutique de 2,5 milliards de francs assise sur le chiffre d'affaires ;
- la hausse des cotisations des médecins ;
- la refacturation des frais de recours contre tiers ;
- la prolongation des mandats des administrateurs des caisses de Sécurité sociale jusqu'au 31 mars 1996.

Trois ordonnances du 24 avril 1996 (96-344 à 96-346) complètent les ordonnances de janvier 1996. Elles traitent respectivement de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (ordonnance 96-345), de l'organisation de la Sécurité sociale (ordonnance 96-344), de la réforme de l'hospitalisation publique et privée (ordonnance 96-346).

Pour certaines d'entre elles, les dispositions prises dans ces ordonnances nécessiteront pour entrer en vigueur, la publication de textes réglementaires d'application.

- **Ordonnance n° 96-344 relative à l'organisation de la Sécurité sociale (24 avril 1996 – (JO du 25 avril 1996)**

- A partir du 1er octobre, date du prochain renouvellement des conseils d'administration des organismes du Régime général, le système de désignation par élections sera définitivement abandonné et la durée du mandat sera ramenée à cinq ans. La composition des conseils est également modifiée.

- Des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion (COG) seront conclues entre l'Etat et les organismes nationaux de Sécurité sociale, pour une période minimale de Trois ans. Elles sont déclinées entre la caisse nationale et les caisses locales dans des contrats pluriannuels de gestion (CPG). S'agissant de la branche maladie, un avenant annuel à ces conventions fixera l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville en fonction de l'objectif national voté par le Parlement.

- La coopération entre les organismes sera renforcée par la création d'unions régionales des caisses d'Assurance maladie (Urcam). L'objectif des Urcam sera de définir et de mettre en place une politique commune de gestion du risque. Dans ce cadre le rôle du service de contrôle médical est affirmé comme essentiel. Des outils juridiques nouveaux sont également prévus pour parvenir à une meilleure synergie entre les caisses locales.

- **Ordonnance n° 96-345 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins (JO du 25 avril 1996)**

- Sous peine d'être sanctionnés par l'Ordre, les médecins libéraux et hospitaliers sont tenus de produire tous les cinq ans une attestation établissant qu'ils ont suivi une session de formation continue (n° 4) ;
- Au 31 décembre 1998, tous les cabinets médicaux devront être équipés du matériel permettant la télétransmission des feuilles de soins aux caisses (n° 6), transmises grâce aux cartes CPS (cartes des professionnels de santé) et carte Sesam-Vitale ;
- Création du Formmel (Fonds d'orientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL), chargé de verser les aides financières pour permettre aux praticiens de s'équiper en outils informatiques. Il finance également la retraite anticipée des médecins (ce point est ensuite précisé par le décret du 21 avril 1997) ;
- Le dispositif de préretraite propre aux médecins conventionnés est prorogé jusqu'au 31 décembre 1999 et son champ d'application est étendu (n° 7) ;
- Chaque assuré social sera pourvu, au plus tard le 31 décembre 1998, d'une carte électronique comportant un volet recevant des informations de santé (n° 9) – carte Sesam-Vitale ;
- L'ouverture du droit aux prestations de l'Assurance maladie sera subordonnée à la production de certaines pièces dans les délais à fixer par décret (n° 12) ;
- Tout bénéficiaire de l'assurance maladie âgée de plus de seize ans se verra attribuer un carnet de santé à produire lors de chaque demande de soins et qui, à terme, sera porté sur la carte électronique individuelle (n° 15) ;
- Chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la Sécurité sociale, l'Etat et les caisses détermineront l'objectif d'évolution des dépenses de soins de ville, les tarifs d'honoraires, une provision ainsi que les conditions du reversement exigible des médecins en cas de dépassement de l'objectif (n° 18) ; le reversement est déterminé en fonction des honoraires et des prescriptions (à la suite d'annulations successives, la LFSS 2000 abandonnera tous les systèmes de reversement).
- Chaque année, dans les 50 jours suivant la publication de la loi de financement de la Sécurité sociale, les caisses et les syndicats de médecins devront avoir signé une annexe à la convention médicale relative à l'objectif de dépenses et aux tarifs d'honoraires. A défaut, l'Etat déterminera sous forme de règlement conventionnel les dispositions minimales régissant les rapports entre caisses et médecins (n° 19) ;
- Les RMO (références médicales opposables) sont généralisées à toutes les professions de santé. Introduites par la loi du 4 janvier 1993 pour fixer les normes de qualité et de bonnes pratiques professionnelles, elles sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation (Anaes) à partir de critères scientifiques reconnus, les normes de prescriptions de médicaments sont fixées par l'Afssaps. Les conventions fixent les sanctions applicables en cas de manquement aux RMO ;
- La possibilité de créer des actions expérimentales prenant la forme de filière de soins ou de réseaux de soins organisés sur la base de coordinations de professionnels de santé, autour par exemple de pathologies lourdes (réseau Soubie) ;

- Les spécialités pharmaceutiques ne seront remboursées que lorsqu'elles seront prescrites conformément à certaines indications thérapeutiques (n° 22) ;
- Les dispositions de l'ordonnance du 24 janvier 1996 créant des contributions exceptionnelles à la charge des industries pharmaceutiques sont aménagées. En particulier, le délai de déclaration est repoussé au 15 mai 1996 (n° 23).

La maîtrise médicalisée de cette ordonnance est ressentie par le corps médical comme une maîtrise comptable et provoqua le divorce entre le gouvernement et le corps médical.

- **Ordonnance n° 96-346 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée (JO du 25 avril 1996)**

Son idée fondatrice repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements. Pour cela sont donc créées les Agences régionales de l'hospitalisation qui associent l'Etat et l'Assurance maladie. L'objectif est de réduire les inégalités entre régions et entre établissements. Les moyens pour y parvenir sont : la responsabilisation et la contractualisation, la coordination entre établissements publics et la mise en place de procédures d'évaluation et d'accréditation.

L'ordonnance est découpée en huit titres :

- Le titre 1 traite du droit des malades et prévoit la création de la charte du patient hospitalisé ;
- Le titre 2 pose le principe de l'évaluation et de l'analyse de l'activité. Pour cela, une agence indépendante est créée : l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, qui fixera les normes de bonnes pratiques cliniques et des références médicales pour l'hôpital et l'ambulatoire ;
- Le titre 3 est relatif aux contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les établissements publics et privés pour des périodes de trois à cinq ans. Ils déterminent des objectifs de qualité et de sécurité et allouent des moyens de financement, d'autorisation de lits, de matériels, et prévoit aussi la conclusion interne d'objectifs ;
- Le titre 4 crée les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) dans chaque région. Elles prennent la forme juridique de GIP, associant les services de l'Etat et de l'Assurance maladie pour assurer une unicité de décision vis-à-vis des établissements. Elles planifient les structures et les équipements, et allouent les ressources aux établissements. Les directeurs de ARH sont nommés en Conseils des ministres ;
- Le titre 5 est relatif au financement des établissements. Celui-ci fait l'objet d'une dotation globale limitative déterminée en fonction de l'objectif national des dépenses fixé par les LFSS. Le montant total annuel est réparti en dotations régionales visant à réduire les inégalités régionales. Le régime de financement de l'hospitalisation privée est modifié : un contrat tripartite Etat/Caisses/Fédérations des cliniques se substitue à la convention nationale de l'hospitalisation privée. Les dépenses restent régulées par un OQN (Objectif quantifié national), qui sera décliné régionalement ;

- Le titre 6 est relatif à l'organisation et l'équipement sanitaire. L'ARH arrête le SROS, qui devient opposable. Des communautés d'établissements devront être créés pour rationaliser l'offre de soins. La création des réseaux de soins sera encouragée ;
- Le titre 7 prévoit la mise en place de groupements de coopération sanitaire visant à mettre en commun des moyens ;
- Le titre 8 traite de l'organisation des établissements. Le maire n'est plus systématiquement le Président du conseil d'administration de l'hôpital.

Ces cinq ordonnances constituent l'une des pièces maîtresses du plan de réforme de la Sécurité sociale.

***Ce plan comporte également, au niveau législatif :***

- la loi constitutionnelle permettant au Parlement de voter chaque année une loi de financement de la Sécurité sociale (**Loi n° 96-138 du 22 février 1996 - JO du 23 février 1996**).

L'examen de la loi organique qui doit fixer les modalités de ces dispositions a commencé le 24 avril à l'Assemblée nationale ;

- deux projets de loi, qui pourraient être déposés avant l'été, visant à créer un régime universel d'assurance maladie et à réformer le financement de la Sécurité sociale en transférant progressivement la cotisation salariale d'assurance maladie sur une CSG élargie.

- Décision n° 96-379 DC du Conseil constitutionnel en date du 16 juillet 1996 (loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale) (**JO du 23 juillet 1996**)

- Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (**JO du 23 juillet 1996**) : ce texte précise les modalités de la révision constitutionnelle du 22 février 1996, qui, conformément au plan Juppé, confie au Parlement le vote chaque année d'une loi de financement de la Sécurité sociale. Le premier projet de loi de financement doit être déposé au Parlement vers le 15 octobre.

- Loi 96-1181 du 30 décembre 1996 de Finances pour 1997 (**JO du 31 décembre 1996**). Cette loi est applicable dès le 1<sup>er</sup> janvier 1997. Elle se décompose essentiellement en trois parties : la description de l'équilibre financier pour l'année 1997, les orientations du gouvernement en matière de protection sociale et les dispositions financières.

Le plan Juppé eut des résultats financiers décevants. Il devait rapporter le solde de 17 milliards de francs en 1996 et 11,8 milliards en 1997. En réalité, ces résultats furent de - 53,2 milliards et de - 33,8 milliards de francs.

**Le plan Juppé donna lieu à de nombreux décrets et arrêtés d'application :**

### **Année 1995**

- **Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995** : relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.

- **Arrêté du 14 décembre 1995** fixant les prélèvements provisionnels à opérer sur le produit de la contribution sociale de solidarité instituée par l'article L.651-1 du code de la Sécurité sociale.
- **Décret n° 95-1356 du 30 décembre 1995** modifiant les taux de cotisation d'Assurance maladie sur les avantages de retraite servis aux retraités du régime général et sur les avantages mentionnés au premier alinéa de l'article L 131-2 du code de la Sécurité sociale (indemnisation des chômeurs) (JO du 31 décembre 1995).
- **Décret n° 95-1538 du 30 décembre 1995** relatif au taux de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés et modifiant le code de la Sécurité sociale (JO du 31 décembre 1995) ;
- **Décret n° 95-1360 du 30 décembre 1995** relatif à la prise en charge par les caisses d'assurance maladie d'une partie de la cotisation d'allocations familiales due par certains médecins (**JO du 31 décembre 1995**) ;
- **Décret du 31 décembre 1995** augmentant le forfait hospitalier de 55 à 70 Frs à partir du 1er janvier 1996 (JO du 31 décembre 1995).

### **Année 1996**

- **Décret n° 96-346 du 12 mars 1996** relatif au bulletin de paie (ajout de la contribution pour le remboursement de la dette sociale) (JO du 14 mars 1996)
- **Décret du 23 mai 1996** : Relatif au régime général substitue, à partir de l'exercice 1997, une comptabilité à droits constatés à la place d'une comptabilité qui enregistre simplement les encaissements et les décaissements. Cette nouvelle comptabilité comptabilise, pour un exercice donné, les seuls charges et produits relatifs à cet exercice sur la base de règles de faits générateurs très précis. Sont ainsi prohibés les reports ou avances de dépenses ou de recettes d'un exercice sur l'autre. Les décrets de mars et mai 1997 étendront ce système aux autres régimes de protection sociale.
- **Décret n° 96-471 du 31 mai 1997** modifiant les taux de la cotisation d'assurance maladie sur les avantages retraite servis par divers régimes spéciaux (JO du 1<sup>er</sup> juin 1996)
- **Décret n° 96-532 du 15 juin 1996** modifiant certaines dispositions concernant le Fonds de solidarité vieillesse (passage de 60 à 90 % de la valeur de 169 fois le montant du salaire horaire minimum de croissance prévu à l'article R135-17) (JO du 16 juin 1996)
- **Décret n° 96-553 du 20 juin 1996** relatif à diverses prestations familiales (APJE...) (JO du 22 juin 1996)
- **Décret n° 96-592 du 2 juillet 1996** relatif aux conseils d'administration des organismes du Régime général de Sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale) (JO. du 3 juillet 1996).

- **Arrêté du 11 juillet 1996** portant nomination au conseil d'administration de la Cnamts (JO du 14 juillet 1996)
- **Décret n° 96-720 du 13 août 1996** relatif à la conférence nationale de santé et modifiant le code de la santé publique (JO du 14 août 1996)
- **Décret du 17 avril 1996** relatif à l'organisation des conférences régionales de santé dont l'objet est d'évaluer les domaines prioritaires de santé dans le débat parlementaire préalable au vote du Parlement (JO du 18 avril 1997)
- **Décret n° 96-680 du 31 juillet 1996** (JO du 1<sup>er</sup> août 1996) modifiant les taux de la cotisation d'Assurance maladie sur les avantages retraite servis par divers régimes spéciaux.
- **Décret n° 96-687 du 31 juillet 1996** portant sur le financement de certains établissements relevant du régime du prix de journée et fixant les modalités d'application du chapitre 3 de l'ordonnance 96-346 (JO du 3 août 1996)
- **Décret n° 96-688 du 2 août 1996** (JO. du 3 août 1996) fixant le le taux des contributions mises par l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996, à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques. Il prévoit, en particulier, le plafonnement du montant de ces trois contributions à 5 % du chiffre d'affaires réalisé au titre de ces spécialités. Il rappelle que ces contributions doivent être versées au plus tard le 31 août à l'Acoss.
- **Décret n° 96-720 du 13 août 1996** relatif à la conférence nationale de la santé (JO du 14 août 1996).
- **Septembre 1996** : Jacques Barrot annonce un plan Juppé bis avec diverses mesures d'économies. Il n'y a pas de retour à l'équilibre en 1997. Le premier Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) est présenté le 23 septembre 1996.
- **Décret n°96-780 du 3 septembre 1996** mettant en place les 24 agences régionales de l'hospitalisation (JO du 8 septembre 1996).
- **4 septembre 1996** : La Conférence nationale de la santé se termine sur la demande d'une couverture maladie universelle.
- Nomination en conseil des ministres des 24 directeurs des Agences régionales de l'hospitalisation (4 septembre 1996)
- **Décret n° 96-786 du 10 septembre 1996** relatif au contrôle médical et modifiant le code de la Sécurité sociale (JO du 11 septembre 1996) : le contrôle médical des caisses pourra désormais procéder au recouvrement des sommes abusivement demandées par les professionnels de santé et engager les procédures de sanction. Ce décret crée également les Comités régionaux, instances de recours composées de sept médecins

(quatre libéraux, deux médecins de caisses et le médecin inspecteur régional, président de droit).

- **10 septembre 1996** : La Cnamts adopte un plan d'économie de 4,2 millions de francs sur les professions de santé. Elle publie une circulaire limitant les remboursements des transports sanitaires en cas d'hospitalisation.
- **Décret n° 96-792 du 10 septembre 1996** relatif aux modalités de consultation des organismes nationaux du Régime général de la Sécurité sociale (loi de financement) (JO du 13 septembre 1996)..
- **Décret n° 96-788 du 11 septembre 1996** relatif au fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale et aux versements d'honoraires en cas de dépassements d'objectifs (J.O. du 12 septembre 1996).
- **Décret n° 96-789 du 11 septembre 1996** pris pour l'application de l'article L.162-31-1 du code de la Sécurité sociale relatif aux filières et réseaux de soins expérimentaux et modifiant le même Code (JO du 12 septembre 1996) : il instaure un conseil d'orientation chargé d'agréer les expérimentations et de déterminer les conditions de prise en charge financière des prestations. Ce comité est composé de représentants des Caisses, des mutuelles, des assurances, des syndicats médicaux et de personnalités qualifiées. Un rapport annuel sera remis au gouvernement.
- **Décret n° 96-793 du 10 septembre 1996** relatif à l'autorisation d'utilisation du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques et à l'institution d'un répertoire national inter régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (JO du 13 septembre 1996) : il organise le fichier unique interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, dont la gestion technique est confiée à la Cnav pour le compte et sous le contrôle des organismes gérant un régime d'Assurance maladie de base ou complémentaire.
- **Arrêté du 19 septembre 1996** portant création d'un Observatoire national des prescriptions (JO du 28 septembre 1996)
- **Décret n° 96-865 du 2 octobre 1996** : comité des carrières des agents de direction des diverses dispositions (commissions caisses nationales et composition CA Ucanss) (JO du 4 octobre 1996).
- **Décret n°96-925 du 18 octobre 1996** relatif au carnet de santé institué par l'article L. 162-1-1 du Code de la Sécurité sociale (JO du 20 octobre 1996) complété par l'arrêté du 18 octobre fixant le formulaire de « carnet de santé ».
- **Décret n°96-945 du 30 octobre 1996** relatif à la composition et au fonctionnement des conseils d'administration des établissements publics de santé et modifiant le Code de Santé Publique. (JO du 31 octobre 1996)

- **Décret n° 96-960 du 4 novembre 1996** relatif aux conseils de surveillance institués auprès des organismes nationaux du Régime général de la Sécurité sociale et modifiant le code de la Sécurité sociale. (JO du 5 novembre 1996).
- **Décret n° 96-988 du 12 novembre 1996** relatif à la composition des conseils d'administration de la Cnaf des marins, du commerce, de la pêche maritime. (JO du 15 novembre 1996)
- **Arrêtés du 28 novembre 1996** fixant les modèles de statuts des Caf, Urssaf, Cram et Cnam. (JO du 3 décembre 1996)
- **Décret n° du 29 novembre 1996** relatif aux Agences régionales d'hospitalisation fixant la convention constitutive type de ces agences. (JO du 3 décembre 1996). Il énonce l'ensemble des dispositions minimales nécessaires au fonctionnement des agences (siège, budget, collaborateurs...). La direction de chacune d'elle est assurée par une commission exécutive qui devra arrêter un programme de travail portant notamment sur les études, enquêtes et contrôles conduits dans les établissements. Les ARH seront compétentes tant pour l'hospitalisation publique que pour l'hospitalisation privée.
- **Décret n° 96-1050 du 5 décembre 1996** relatif à la FMC des médecins exerçant à titre libéral (JO du 6 décembre 1996) indique que l'obligation de formation consistera en l'accomplissement d'un certain nombre d'actions de formation évaluées au préalable par les conseils de la FMC. Tous les ans le médecin fera connaître les formations qu'il a suivies l'année précédente sachant que, tous les cinq ans, il devra avoir accompli un minimum requis de ces actions.
- **Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996** relatif aux instances et procédures du contentieux du contrôle technique et modifiant le Code de la Sécurité sociale. (JO du 8 décembre 1996).
- **Décret n°96-1116 du 19 décembre 1996** relatif au reversement exigible des médecins conventionnés en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales (ONDAM). (JO. du 20 décembre 1996) – le système des reversements est assoupli.
- **Arrêté du 19 décembre 1996** portant nomination au conseil d'administration des filières et réseaux de soins expérimentaux (JO du 24 décembre 1996).
- **20 décembre 1996** : Les caisses dénoncent la Convention médicale de 1993, en prenant pour prétexte l'échec des négociations sur la détermination du mode de sanction en cas de non respect de l'Ondam.
- **Décret du 27 décembre 1996** : loi n° 96-1160 relative au financement de la Sécurité sociale pour 1997 (JO du 29 décembre 1996).

## Loi de financement de la Sécurité sociale 1997

[Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996](#). JO du 29 décembre 1996

- Elle prévoit la hausse de la CSG de un point au 1<sup>er</sup> janvier 1997 en substitution d'une partie de la cotisation salariale d'Assurance maladie (réduite de 1,3 point) et de son équivalent pour les non-salariés et les titulaires de revenus de remplacement ;
- L'élargissement de l'assiette de la CSG à la plupart des revenus de remplacement, ainsi qu'aux produits des jeux ;
- La majoration des prélèvements sur les tabacs et sur certains alcools (bière et premix) ;

Un versement de régularisation de situation de 3,5 milliards de francs d'EDF/GDF à son Urssaf de rattachement.

**Année 1997**

- **Arrêté du 6 janvier 1997** relatif au nombre des membres des conseils régionaux FML – Fédération des médecins libéraux (JO du 18 janvier 1997)
- **Arrêté du 7 janvier 1997** (JO du 11 janvier 1997) sur le livret d'accueil des établissements de santé. Dans chaque établissement de santé, un livret d'accueil doit être remis au patient. Ce livret présente l'établissement de santé et informe le patient sur ses conditions d'admission, de séjour et de sortie. Deux documents sont annexés au livret d'accueil : la charte du patient hospitalisé destinée à informer le patient sur ses droits et obligations et un questionnaire de sortie
- **CAH du 10 janvier 1997** relative aux conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation (JO du 10 janvier 1997) – **Le décret du 15 janvier 1997** nomme les directeurs d'ARH.
- **Décret n°97-20 du 14 janvier 1997** crée auprès des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale, un Conseil supérieur des systèmes d'information de santé présidé par Gérard Worms. Il a pour mission d'émettre des recommandations et des avis sur les problèmes liés à la production, à la transmission et aux modalités d'exploitation des informations relatives aux soins et à la santé des personnes.
- Ce conseil est installé le 22 janvier : une dépense de 15 milliards de francs est prévue pour l'informatisation de 300 000 médecins libéraux.
- Les médecins avec 2,3 % en 1996 ont presque respecté leur ONDAM 1996 qui était fixé à 2,1 %.
- **Circulaire DH/AF1/97/n°29 du 17 janvier 1997** : Mise en œuvre de l'arrêté du 7 janvier 1997 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé pris en application de l'article L710-1-1 du Code de la santé publique.
- **Arrêté du 21 janvier 1997** créant un traitement automatisé d'informations nominatives (après avis de la Cnil) pour DAS (JO du 31 janvier 1997).

- **Décret du 31 janvier 1997** modifiant les dispositions du Code de Santé Publique relatif aux médicaments à prescription restreinte (JO du 2 février 1997).
- **Arrêté du 5 février 1997** fixant la date d'entrée en vigueur du codage des actes de biologie médicale (JO du 12 février 1997)
- **Arrêté du 11 février 1997** relatif à la composition du conseil de gestion du FAF des médecins libéraux (JO du 21 février 1997).
- **Arrêté du 12 février 1997** sur la répartition des contributions annuelle des régimes maladie au financement de la cotisation famille de certains médecins pour 1997 (JO du 22 février 1997).
- **Arrêtés du 12 février 1997** fixant le budget des 18 agences régionales d'hospitalisation pour 1997 (JO du 26 février 1997).
- **Décret du 14 février 1997** officialisant les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) (JO du 16 février 1997). Les ARH sont désormais tenues de conclure des contrats pour trois ou cinq années avec les hôpitaux publics et privés. Les objectifs et les moyens de financement devront donc dorénavant être déterminés.
- **Arrêté du 19 février 1997** fixant les budgets de 6 agences régionales d'hospitalisation pour 1997 (JO du 1<sup>er</sup> mars 1997).
- **Arrêté du 20 février 1997** concernant les emplois des directeurs des Drass et Ddass (JO du 22 février 1997).
- **28 février 1997** : Un accord conclu entre les caisses et deux syndicats de médecins (MG France et UCCSF) prévoit deux conventions séparées, l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes. L'accord est signé le 12 mars et approuvé au **JO du 29 mars 1997**.
- Ces deux conventions fixent la mise en œuvre du plan Juppé pour les médecins, détaillent les mécanismes de sanctions en cas de non-respect de l'objectif des dépenses annuelles. Les Urcam sont chargées de réaliser les procédures d'individualisation des reversements, les objectifs nationaux étant déclinés régionalement.
- Les internes des hôpitaux, qui s'installent dans le privé, sont exonérés pour une période de cinq ans des reversements d'honoraires.
- **Décret du 5 mars 1997** modifiant le Code de la Santé Publique : bilan de la carte sanitaire (JO du 12 mars 1997)
- **Arrêtés du 5 mars 1997** portant agrément de 16 centres régionaux de pharmacovigilance (JO du 27 mars 1997).
- **Décret du 13 mars 1997** relatif aux médicaments génériques (JO du 14 mars 1997). Il précise que les spécialités génériques seront répertoriées par une décision de l'Agence

du médicament, prise après avis de la Commission d'AMM. Ces décisions seront publiées par groupes de médicaments génériques par rapport au médicament princeps. Il s'agit d'un répertoire réalisé en aval de la demande d'AMM.

- **Arrêté du 13 mars 1997** fixant le modèle de formulaire de la feuille d'honoraires d'actes de biologie (JO du 3 avril 1997).
- **Décret du 17 mars 1997** précisant les règles de constitution et de fonctionnement d'une structure nouvelle de coopération entre hôpitaux publics et cliniques privées : le groupement de coopération sanitaire (GCS). La formule du GCS permet aux établissements qui le désirent de coopérer sur des activités de soins, et non plus seulement sur des équipements, tout en conservant leur autonomie. (JO du 18 mars 1997)
- **Arrêté du 17 mars 1997** relatif aux indemnités versées aux membres des comités régionaux médicaux (JO du 29 mars 1997).
- **Décrets (3) du 18 mars 1997** relatifs à la gestion comptable des organismes de Sécurité sociale du Régime Général, des organismes autonomes d'assurance vieillesse et des organismes d'assurance maladie des professions indépendantes (JO du 22 mars 1997).
- **Loi n° 97-277 du 25 mars 1997** créant les plans d'épargne retraite.
- **Arrêtés (2) du 28 mars 1997** portant approbation des conventions médicales (médecins généralistes, médecins spécialistes) (JO du 29 mars 1997).
- **Décret du 7 avril 1997** relatif à l'organisation et au fonctionnement de l'Anaes (JO du 8 avril 1997).
- **Décret du 8 avril 1997** relatif aux unions régionales de médecins libéraux (modifications) (JO du 9 avril 1997).
- **Décrets (2) du 16 avril 1997** relatifs à l'allocation de parent isolé (JO du 18 mars 1997).
- **Décret du 17 avril 1997** relatif aux conférences régionales de santé (JO du 18 avril 1997).
- **Décret du 18 avril 1997** autorisant les hôpitaux (sauf les centres hospitaliers régionaux) à créer en leur sein des « structures d'hospitalisation spécifiques » (ex - cliniques ouvertes), où médecins et sages-femmes libéraux peuvent soigner leurs propres patients. (J.O. du 20 avril 1997)
- **Décret du 18 avril 1997** fixant les conditions dans lesquelles les cliniques privées signeront les contrats pluriannuels avec les Agences régionales d'hospitalisation, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 1999. (JO du 20 avril 1997)

- **Décret du 19 avril 1997** accordant aux directeurs d'établissements publics la possibilité de déléguer leur signature à un ou à plusieurs responsables de centres de responsabilité. Ces centres, créés au sein des hôpitaux avec l'aval de la Commission d'établissement, permettront d'associer les équipes médicales à une démarche de gestion. Les centres resteront placés sous l'autorité hiérarchique du directeur de l'établissement. (JO du 20 avril 1997)
- **Décret du 18 avril 1997** relatif aux « conditions de participation des organismes d'assurance maladie à des actions d'accompagnement de l'informatisation des professionnels dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ». (JO du 20 avril 1997)
- **Décret du 21 avril 1997** visant les médecins à anticiper la cessation de leurs activités. (JO du 22 avril 1997). L'âge minimum d'accès à ce dispositif est abaissé de 60 à 56-57 ans.
- **Décrets (2) du 28 avril 1997** relatifs aux conditions et aux modalités d'attribution de la prestation spécifique dépendance et application de certaines dispositions de la loi 97-60 du 24 janvier 1997 (JO du 30 avril 1997)
- **30 avril 1997** : La Cnamts adopte sa première COG (Convention d'objectifs et de gestion) valable pour une période de cinq ans.
- **Arrêté du 23 mai 1997** portant approbation de modifications apportées aux statuts du régime d'assurance vieillesse complémentaire de la section professionnelle des médecins (JO du 1<sup>er</sup> juin 1997)
- **Le 21 avril 1997**, Jacques Chirac dissout l'Assemblée nationale. Cette dissolution surprise, sous fond de crise financière conduit à la victoire de la gauche en juin 1997. Lionel Jospin devient Premier ministre et Martine Aubry, ministre des Affaires sociales.
- **1<sup>er</sup> au 3 juin 1997** : Publication de 16 décrets et deux arrêtés modifiant l'organisation du service public hospitalier.
- **19 juin 1997** : Dans sa déclaration de politique générale, Lionel Jospin annonce la poursuite du transfert des cotisations maladie part salariale vers la CGS.
- **Décret n° 97-632** relatif à la composition du conseil d'orientation des filières et réseaux de soins (JO du 1<sup>er</sup> juin 1997)
- **Juin 1997** : Rapport de Jean-François Chadelat sur la réforme des cotisations patronales.
- **2 juillet 1997** : La Cnamts et MG France signent un accord créant une option conventionnelle visant à mieux organiser la coordination des soins. Ce contrat de confiance entre le patient et le médecin généraliste de son choix est la naissance du médecin référent. Il prévoit une dispense d'avance de frais (tiers payant). Il sera publié en novembre.
- **21 juillet 1997** : Le rapport Bonnet-Nasse sur l'état des finances publiques prévoit un déficit de 38 milliards de francs en 1997 pour le régime général.

- **26 septembre 1997** : Martine Aubry présente à la Commission des comptes de la Sécurité sociale le PLFSS 1998, qui est adopté au Conseil des ministres du 8 octobre.
- Le PLFSS prévoit un plan de redressement des finances sociales et la substitution de la CSG aux cotisations maladie, à l'exception d'un taux de 0,75 % qui reste assis sur les salaires pour financer les prestations en espèces : les indemnités journalières.
- **Arrêté du 17 octobre 1997** portant approbation de l'avenant n° 1 à la Convention nationale des médecins généralistes : option conventionnelle « médecin référent » (JO du 18 octobre 1997).
- **Arrêté du 20 octobre 1997** portant nomination au conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux (JO du 30 octobre 1997)
- **Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997** relatif au financement de la Sécurité sociale pour 1998 (JO, n° 97-59).
- **Décret n° 97-1321 du 30 décembre 1997** sur les feuilles de soins électroniques et ordonnances (JO, 1<sup>er</sup> janvier 1998)
- **Décret du 31 décembre 1997** sur la composition et le fonctionnement du Comité économique du médicament.
- **Décembre 1997** : Publication du rapport Deniel qui conclut à l'existence d'une non-reconnaissance de nombreuses maladies professionnelles. A titre de compensation, la branche AT verse à la branche maladie une somme annuelle de 1 milliard de francs.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 1998

[Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997](#), et [rectificatif](#), JO du 23 décembre 1997 et 24 janvier 1998

- Elle achève la restructuration du financement de l'Assurance maladie commencée le 1<sup>er</sup> janvier 1997 consistant en la substitution au 1<sup>er</sup> janvier 1998 de points de CSG à des points de cotisations salariales d'assurance maladie ou à leur équivalent. Le taux de la CSG d'élève dorénavant à 5,25 % tandis que la cotisation salariale est réduite à 0,75 % (ce qui correspond à peu près au financement des indemnités journalières), que la cotisation des non-salariés est diminuée de 4,45 points et celle sur les revenus de remplacement disparaît, à l'exception de celle portant sur les retraites complémentaires maintenue au taux de 1 %.
- Cette mesure génère un gain de pouvoir d'achat pour les salariés de 1,1 % et des rentrées de recettes supplémentaires pour le Régime général dû au différentiel d'assiette des deux prélèvements (3,5 milliards de francs). La CSG devient alors le premier des impôts sur le revenu des ménages.
- Les missions de la Cades sont étendues au refinancement de la dette cumulée par le régime général depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1996. Sa durée de vie est prolongée pour 5 ans de janvier 2009 à janvier 2014. Les lois de finances 2001 et 2002 introduiront d'autres modifications relatives aux versements.

## Plan Aubry-Johanet (6 juillet 1998)

**Premier ministre : Lionel Jospin, ministre des Affaires sociales : Martine Aubry.**

En 1998, les perspectives économiques s'améliorent avec une remontée sensible du taux de croissance de la masse salariale.

Les dépenses des médecins ont respecté l'Ondam 97. Les médecins reçoivent donc une prime moyenne de 300 francs chacun. Le C passe de 110 F à 115 F le 1<sup>er</sup> avril.

A l'inverse, l'Ondam spécialiste est minoré pour 1998 de 150 millions de francs correspondant au reversement dont ils auraient dû être redevables en raison du dépassement de 1997, mais que le gouvernement n'a pas osé leur réclamer.

Globalement la décélération des dépenses de la Cnamts est de +1,9 % en 1997 contre +3,3 % en 1996 et +4,5 % en 1995.

- **27 avril 1998** : Le Conseil d'Etat annule partiellement le décret du 19 décembre 1996 qui fixait les modalités de reversement des médecins en cas de dépassement de l'Ondam.
- **11 mai 1998** : La CCSS annonce un déficit en nette amélioration pour 1998 : 13 milliards de francs, grâce à une progression des recettes.
- Voulant enrayer le dérapage de la médecine de ville, Martine Aubry décide de reporter la revalorisation de certains actes dentaires, qui devait intervenir au 1<sup>er</sup> juillet.
- **Juillet 1998** : Le Conseil d'Etat annule la convention des spécialistes considérant la non-représentativité de la seule signature de l'UCCSF, puis celle des généralistes, considérant que les modalités de reversement d'honoraires sont contraires au principe d'égalité entre médecins.
- **10 juillet 1998** : En application de l'ordonnance du 24 avril 1996 est pris un règlement conventionnel minimal provisoire par arrêté. Un protocole d'accord est conclu, le 28 novembre 1998, entre les caisses et le seul syndicat MG France, donnant une nouvelle convention aux généralistes, approuvée par **arrêté du 4 décembre 1998**. Cet accord est violemment critiqué par les autres syndicats au nom de la maîtrise comptable.
  - Aucun accord n'ayant été conclu pour les spécialistes, ceux-ci sont soumis à un règlement conventionnel minimal pris par **arrêté du 13 novembre 1998**. Celui-ci restera en application jusqu'en 2004.
  - **6 juillet 1998** : En raison de l'augmentation importante des dépenses de médecine de ville, Martine Aubry présente, lors d'une conférence de presse, une série de mesures d'économie :
    - Reversements d'honoraires : remplacement du système de reversements d'honoraires par une « clause de sauvegarde économique » collective et modulée selon les revenus, dont les principes seront inclus dans la loi de financement de la Sécurité sociale 1999 ;
    - Médecin référent : instauration d'une base légale par voie législative afin de pérenniser l'option conventionnelle annulée le 3 juillet par le Conseil d'Etat ;
    - Charges sociales : pas d'alourdissement des charges sociales des médecins dans les quatre mois qui suivent l'annulation des conventions ;

- **Spécialistes** : Enquête de représentativité en vue de la négociation de la nouvelle convention.
- **Radiologues** : Concertation d'ici fin juillet pour arrêter des mesures coercitives permettant de compenser les dérapages estimés à 450 millions de francs ; baisse de la lettre clef Z : c'est le début des lettres flottantes. Même baisse chez les biologistes.
- **Industrie pharmaceutique** : Contribution des laboratoires à hauteur de 1,5 à 2 milliards de francs sous forme d'une baisse des prix des médicaments, d'une ristourne ou d'une taxe directe, négociée d'ici fin juillet.
  - Instauration en septembre d'un programme triennal de réévaluation de l'ensemble des produits inscrits sur la liste des spécialités remboursables et révision des prix.
  - **Formation médicale continue** : réforme de la FMC, dans une série de lois prévues début 1999, séparant notamment la FMC scientifique de la FMC professionnelle et conventionnelle. Le médecin pourra choisir entre un système de 35 heures par an validées ou l'obligation de passer un bilan de compétence tous les cinq ans.
    - **Nomenclature** : Elle sera assurée par une instance renouvelée associant l'Etat, l'Assurance maladie et les professionnels.
    - **Codage** : accélération des travaux de codage des actes et des pathologies devant aboutir début 2000 ;
    - **Démographie médicale** : inscrite dans la réforme en cours des études, la régulation repose d'ores et déjà sur le principe de quotas d'internes par spécialité.
    - **Génériques** : instauration, vraisemblablement dans la prochaine de loi de financement de la Sécurité sociale, d'un droit de substitution de princeps à générique, et de générique à générique pour les pharmaciens, à condition que les médecins ne s'y opposent pas. Ce droit sera accompagné d'une modification des marges pour les pharmaciens.
- **22 septembre 1998** : Lors de la CCSS, la PLFSS est présenté. Un retour à l'équilibre est attendu en 1999. La maîtrise des dépenses d'Assurance maladie est théoriquement assurée par la mise en place d'une clause de sauvegarde visant à garantir le respect des objectifs par les professionnels de santé.
- **7 octobre 1998** : Le Conseil des ministres adopte le PLFSS 1999. Il prévoit une mise à contribution des médecins et de l'industrie pharmaceutique en cas de dérive des dépenses d'Assurance maladie.
- **Octobre 1998** : Les travaux sur le plan stratégique de la Cnamts commencent. Ils avancent l'idée d'un conventionnement sélectif.
- **23 décembre 1998** : La PLFSS est publiée, mais le Conseil constitutionnel annule cinq articles, dont la clause de sauvegarde pour régulation des dépenses d'assurance maladie, car il considère qu'elle entraîne une rupture d'égalité en prenant en compte le comportement individuel des praticiens.
- (Rappel : le Conseil d'Etat avait annulé les sanctions individuelles).

- Ce projet crée aussi le Fonds de réserve pour les retraites (FRR), qui sera géré par le FSV jusqu'au 31 décembre 2001 au sein d'une section spécifique, puis rendu autonome par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 1999

[Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998](#), [Décision du Conseil constitutionnel n° 98-404 DC du 18 décembre 1998](#), JO du 27 décembre 1998 et Circulaire DSS/4B/4C/98/769 du 28 décembre 1998

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 7958 , 15 janvier 1999]

Adoptée définitivement le 4 décembre 1998 par l'Assemblée nationale, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a fait l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel qui l'a amputé de deux articles visant à maîtriser les dépenses médicales. Ainsi, les articles 26 et 27 de la loi qui instaurent un mécanisme de régulation des dépenses des médecins libéraux ont été déclarés non conformes à la Constitution, le principe d'égalité entre médecins ayant été méconnu. En ne prenant pas en compte le comportement individuel des médecins en matière d'honoraires et de prescription, le Conseil constitutionnel a considéré que le législateur n'avait pas fondé son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objectif de modération des dépenses médicales. De son côté, le Conseil d'État avait qualifié d'illégales, en juillet dernier, les clauses de la convention médicale relatives au mécanisme de reversement en tant qu'elles retenaient, en partie, les comportements individuels. Suite à la décision du Conseil constitutionnel, la ministre de la Solidarité a saisi le Conseil d'État pour qu'il « indique quel système de régulation des dépenses lui apparaît comme juridiquement valable ». Ce dispositif invalidé devait contribuer au retour à l'équilibre du Régime général de la Sécurité sociale pour 1999 qui se trouve ainsi menacé alors que le gouvernement s'est engagé à examiner, cette année, le dossier de la réforme des retraites, le projet de couverture maladie universelle et la réforme des cotisations patronales.

### **► Champ de la négociation conventionnelle avec les médecins**

L'article 22 permet de faire entrer dans le champ de la négociation conventionnelle avec les médecins :

- la définition des nouvelles formes d'organisation de la médecine libérale ;
- la rémunération autrement qu'à l'acte des activités de soins et la rémunération des activités non prescriptives.

Le Conseil d'État statuant au contentieux a, par une décision du 3 juillet 1998 (*CE, Syndicat des médecins de l'Ain et autres*), annulé l'arrêté du 28 mars 1997 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes. Le Conseil a notamment considéré que le champ de la négociation conventionnelle défini à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale ne s'étendait pas de manière explicite à la promotion de formes nouvelles d'exercice de la médecine libérale (filiales de soins). Les dispositions de la convention médicale de mars 1997 prévoyant que le patient peut choisir un médecin « référent » qui assurera le suivi de son dossier médical ont donc été jugées illégales.

L'article L. 162-5 modifié permet désormais aux parties conventionnelles de définir notamment :

- les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins (tiers-payant) ;
- les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;
- les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient et les modalités de paiement y afférentes. Cette possibilité est d'ores et déjà utilisée par les caisses nationales d'assurance maladie et le syndicat MG France qui ont remis en place l'option conventionnelle dite «médecin référent » dans le cadre de la convention médicale des généralistes agréée le 4 décembre 1998 ;
- les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre des réseaux de soins ;
  - les modes de rémunération autrement qu'à l'acte des activités de soins et de rémunération des activités non prescriptives liées notamment à la prévention, à l'éducation pour la santé, à la formation, à l'évaluation, aux études de santé publique, de veille sanitaire. Dans ce cadre, la loi autorise les partenaires conventionnels à déroger à un certain nombre de dispositions législatives mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 (modalités de prise en charge et de paiement des soins par les patients). Les dispositions de l'article 22 de la loi sont applicables à compter du 10 juillet 1998, date d'entrée en vigueur du règlement minimal conventionnel qui est venu pallier l'absence de convention médicale dans l'attente de la signature d'une nouvelle convention.

### **► Révision du système d'aide au départ des médecins**

Le mécanisme d'incitation à la cessation d'activité des médecins (Mica), instauré par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988, est révisé. Le Mica est prolongé jusqu'au 31 décembre 2004 alors qu'il devait s'éteindre le 31 décembre 1999. En outre, le droit à l'allocation de remplacement sera modulé, à compter du 1er juillet 1999, selon la zone géographique, la qualification du généraliste ou du spécialiste et, pour les spécialistes, selon la spécialité. De même, les aides à la reconversion professionnelle des médecins, que les parties conventionnelles peuvent instituer, pourront être modulées en fonction des critères ci-dessus énumérés (CSS, art. L. 162-5).

### **► Création d'un fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)**

Afin d'apporter un soutien financier aux mutations de l'exercice professionnel en ville, la loi crée, au 1er janvier 1999, un «fonds d'aide à la qualité des soins de ville », pendant du fonds pour la modernisation des établissements de santé (créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998) et du fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers (institué par la loi de Finances pour 1998). Créé pour cinq ans, au sein de la Cnam, en association avec les autres caisses nationales d'assurance maladie et auquel sont associés les professionnels de santé, ce fonds est doté en 1999 de 500 millions de F. Ce montant sera fixé chaque année par la loi de financement de la Sécurité sociale.

### **► Elargissement des missions des URML**

Les sections des unions de médecins exerçant à titre libéral (Urml), créées par la loi dite «Teulade» du 4 janvier 1993, voient leurs missions élargies à l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins, individuelles et collectives et à la diffusion de méthodes et référentiels d'évaluation auprès des médecins. Par ailleurs, l'Anaes créée en 1996, compétente au plan de la qualité et de la sécurité des soins, voit son rôle renforcé en matière d'évaluation des soins et pratiques professionnelles.

### **► Statistiques de l'Assurance maladie**

- Création du Sniiram : Un système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) est créé afin que l'ensemble des régimes transmettent les données nécessaires à la Cnam qui gère les systèmes de comptabilité des dépenses d'Assurance maladie. Ce système permettra d'identifier les prestations imputables à chaque professionnel ou établissement de santé, selon leur nature et leur montant
- Création d'un Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie : Afin de garantir la qualité du recueil et du traitement des données statistiques relatives aux dépenses de soins de ville, il est créé auprès des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale un Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.

### **► Obligation de délivrance de devis et de factures**

Les chirurgiens-dentistes et les médecins qui font appel à un fournisseur ou à un prestataire de services pour la réalisation d'un acte pris en charge par l'assurance maladie ont désormais l'obligation de fournir au patient un devis avant que l'acte soit effectué puis une facture. Les professionnels de santé contrevenants pourront être sanctionnés.

### **► Clause de sauvegarde pour l'industrie pharmaceutique**

Les conventions conclues avec le Comité économique du médicament ont pour but de rendre les dépenses de médicament compatibles avec l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (*art. 30 de la loi*). Pour les entreprises n'ayant pas conclu une telle convention, une clause de sauvegarde est instituée. Une contribution sera prélevée lorsque le chiffre d'affaires de l'ensemble de ces entreprises se sera accru d'un taux supérieur au taux de progression de l'Ondam au cours d'une année civile par rapport à l'année précédente. Cette clause s'appliquera pour la première fois à compter de l'exercice 1999.

### **► Droit de substitution des pharmaciens**

Un droit de substitution entre spécialité prescrite et spécialité appartenant au même groupe générique est conféré aux pharmaciens. Toutefois, la substitution n'est possible que si le médecin ne l'a pas exclue expressément et qu'elle entraîne pour l'assurance maladie une économie. Un décret précisera les conditions d'application de ce dispositif.

### **► Autres dispositions**

- Taux de cotisation maladie des agents des organismes internationaux (art. 3)
- Versement forfaitaire du FSV à la Cnav (art. 4)
- Frais de recouvrement de la CSG sur les revenus du patrimoine (art. 8)
- Suppression des droits de fabrication sur les produits alcooliques (art. 11)
- Taxation des boissons «premix» (art. 12)

- Répartition du produit de la C3S et de la CSG entre régimes de Sécurité sociale (art. 14)
- Lutte contre les maladies aux conséquences mortelles évitables (art. 20)
- Modalités d'intervention des médecins libéraux dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (art.34)
- Centres ambulatoires de soins en alcoologie (art. 35)
- Gestion des excédents de trésorerie (art. 45 et 46)

### ► **La décision du Conseil constitutionnel**

Saisi par plus de soixante députés et plus de soixante sénateurs, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1999 a été déclarée conforme à la Constitution à l'exception de plusieurs de ses dispositions touchant la branche maladie. Le Conseil a, dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, considéré que les articles 26 et 27, qui définissaient un nouveau régime de régulation des dépenses médicales en mettant une contribution à la charge des médecins conventionnés en cas de dépassement de l'objectif des dépenses médicales sans tenir compte du comportement individuel de ces derniers en matière d'honoraires et de prescription, étaient contraires à la Constitution en ce qu'ils provoquaient une rupture d'égalité entre praticiens. La loi n'avait pas, a estimé le Conseil, retenu un caractère d'assujettissement objectif et rationnel avec le but de maîtrise des dépenses qu'elle s'assignait. Pour sa part, le Conseil d'État avait, le 3 juillet 1998 conclu à l'illégalité de la convention médicale des médecins généralistes (CE, Ass, 3 juillet 1998, Syndicat des médecins de l'Ain et autres) au motif que l'ordonnance du 24 avril 1996 n'autorisait pas la dispense de l'obligation de reversement pour les praticiens d'une même zone géographique telle que fixée par les parties à la convention. A la suite de la décision du Conseil constitutionnel, la ministre de la Solidarité a décidé de saisir le Conseil d'État sur le fondement de l'article 23 de l'ordonnance du 31 juillet 1945 pour qu'il «indique quel système de régulation des dépenses lui apparaît comme juridiquement valable».

Autres mesures censurées :

- l'article 10 qui comportait une mesure fiscale rétroactive touchant l'ensemble des laboratoires pharmaceutiques ;
- l'article 28-I qui prévoyait qu'un rapport sur l'état de santé bucco-dentaire de la population devait être annexé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale ;
- l'article 32 relatif à l'autorisation administrative des établissements de santé ; – l'article 43 al. 2 prévoyant que le Parlement est informé de la répartition prévisionnelle de l'Ondam avant d'examiner le projet de loi de financement.

### **Année 1999 :**

- **12 février 1999 :** Lors d'une conférence de presse, Martine Aubry fait un bilan de l'avancement des réformes « engagées pour moderniser l'Assurance maladie et notre système de santé ».

Les objectifs de dépenses fixés pour 1998 ont été dépassés sur plusieurs postes. Afin de maintenir l'évolution des dépenses pour 1999, le gouvernement poursuit :

- la politique de conventionnement avec les médecins, les pharmaciens d'officine, l'industrie pharmaceutique ;

- la responsabilisation des professionnels de santé et cherche un nouveau système « serre-file » destiné à se substituer au dispositif de sanctions collectives annulé par le Conseil d'Etat en décembre 1998.

Les chiffres provisoires indiquent que l'Ondam 1998 devrait être dépassé de 9 milliards de francs, soit 1,5% au-delà de l'objectif (fixé à 613,6 milliards de francs).

Le dépassement constaté sur le Régime général est de 8,4 milliards de francs.

Néanmoins, la relance de la croissance, l'élargissement de la CSG et les « mesures d'économie » prises au cours de l'année dernière devrait compenser ce dépassement.

*Montant du déficit de la Sécurité sociale : 2 milliards (en non 13,3 milliards : dernière prévision des comptes de la Sécurité sociale).*

Les dépassements les plus importants concernent les soins de ville :

- les médicaments (+8,1%)
- le remboursement d'analyses de biologie médicale
- les honoraires des spécialistes

Les budgets hospitaliers et les honoraires des généralistes sont conformes aux objectifs.

### **Le médicament et les pharmaciens d'officine :**

Différentes mesures ont été prises pour maîtriser les dépenses :

- ristournes et révisions de prix instaurées en 1998 ;
  - révision du Comité économique du médicament : négociations conventionnelles avec les laboratoires ;
  - réévaluation des classes thérapeutiques : seront revues les classes responsables de surconsommation ou de dépenses disproportionnées par rapport au bénéfice thérapeutique et au service médical rendu.
  - Le reclassement sera fondé sur le service médical rendu, c'est-à-dire sur la gravité de la pathologie dans laquelle est indiqué le médicament et sur 3 niveaux d'efficacité du médicament.
  - taux de remboursement supplémentaires : entre 0 et 35% pour les médicaments de confort prescrits hors pathologies graves.
- **Protocole du 24 septembre 1998** entre l'Etat, la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France et l'Union nationale des pharmacies de France. Il établit le cadre des négociations sur le mode de rémunération. Il doit encore être accepté par les assemblées générales et les conseils d'administration des deux syndicats.
  - Mise en place du droit de substitution : précisé par la **LFSS du 28 décembre 1998** ;
  - Afin d'encourager la pratique de la substitution, est instaurée une marge unique, égale à la marge du princeps, à l'intérieur d'un groupe de génériques.
  - Les pharmaciens s'engagent à développer la pratique de la substitution et conviennent d'un objectif de substitution de 35%, sur le champ du répertoire de l'Agence du médicament en vigueur, avant la fin de l'année 1999. Le suivi de cet objectif est assuré mensuellement.
  - Un nouveau système de marge composé d'un forfait par boîte de 3.50 F et d'une marge à deux tranches : 0-150F=26,1%, au delà 10% entrera en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 1999. Au cas où les résultats mensuels s'avèreraient non conformes à cet engagement, le nouveau système de marge entrera en vigueur avec un forfait réduit.

- L'Etat et les pharmaciens organisent chaque année un suivi des dépenses de médicaments pris en charge par l'Assurance maladie des quatre et huit premiers mois, ainsi qu'un bilan annuel. A cette occasion, le montant du forfait fait, le cas échéant, l'objet d'ajustements, de manière à assurer une évolution de la rémunération concernant les spécialités remboursables compatibles avec le respect de l'objectif des soins de ville.
- Les pharmaciens s'engagent à télétransmettre leurs feuilles de soins électroniques dans le cadre du programme Sesam-Vitale.
- **Accord du 11 février 1999** portant sur le mode de rémunération des pharmaciens d'officine. Le mode de rémunération de la pharmacie d'officine a pour objet de valoriser l'acte pharmaceutique ; d'encourager le développement de médicaments génériques et d'harmoniser l'évolution des rémunérations d'officine. Il assure une évolution de la rémunération concernant les spécialités remboursables compatible avec le respect de l'objectif des soins de ville.
- Possibilité donnée aux pharmaciens de se conventionner.

Le dépassement de l'Ondam dans le domaine du médicament serait dû – entre autres – aux prescriptions ambulatoires des médecins hospitaliers (progression de 35% contre 4,5% pour les médecins libéraux) et à la prescription des antirétroviraux en ville (jusqu'alors prescrits à l'hôpital exclusivement) ;

### **L'hôpital :**

- Restructuration du tissu hospitalier : 3 300 opérations en cours ; 2900 lits supprimés ;
- Achèvement des rapports d'orientation stratégique des Sros ;
- Publication du guide définitif d'accréditation de l'Anaes : 150 établissements s'engageront dans la démarche d'accréditation en 1999.

### **Les médecins :**

- *L'informatisation :*

- Les médecins étaient 25 à 30% à disposer d'un ordinateur au début 1997, 50 % au début de 1998, 70% aujourd'hui ;
- Le Réseau Santé Social est disponible sur l'ensemble de la France depuis octobre 1998.
- Carte Sésam-Vitale : 30 millions de cartes ont été distribuées, 100 000 feuilles de soins transmises par 550 médecins en janvier 1999.
- Par ailleurs, les dispositions Juppé relatives au volet santé de la carte ayant été annulées par le Conseil d'Etat, un nouvel article de loi sera proposé au Parlement avant l'été, dans le cadre de la future DMOS.

- *La Formation médicale continue :*

Le principe de la FMC obligatoire est conservé ;

Les thèmes de formation seront adaptés par spécialité et les médecins pourront soit participer à des actions de formation, soit se soumettre à une procédure d'évaluation.

- *L'évaluation des pratiques :*

L'accréditation est étendue à la médecine de ville. Décret prévu en septembre.

RMO : Les médecins conseils devront rencontrer personnellement chaque médecin généraliste et leur remettre certaines références de bonnes pratiques, notamment, celles portant sur le diabète et l'hypertension.

Programme de contrôle des médecins (activité et prescription) : circulaire Cnamts du 8 février 1999. Sont concernés : les médecins de ville, les établissements de santé privés, les chirurgiens-dentistes.

- *Information des patients* : bon usage des soins et des médicaments (liste de RMO destinés aux patients).
- *3 solutions envisagées pour réguler les dépenses d'assurance maladie* :
  - individualisation du mécanisme de régulation ;
  - adaptation des conventions pour parvenir à des mécanismes adaptés à chaque spécialité ou groupe de spécialités médicales ;
  - inciter chaque médecin à s'engager, dans un cadre conventionnel, autour d'actions concrètes de dépenses (objectif personnel).

### **La transparence des chiffres :**

- Les statistiques de la Cnamts sortent désormais à date régulière, le 15 de chaque mois. La LFSS a chargé les Unions régionales de médecins de procéder, chaque trimestre avec les Urcam, à l'analyse des dépenses de chaque région et de communiquer les résultats aux médecins ;
  - Institution d'un Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie, chargé de recueillir et traiter les informations sur les soins de ville ;
  - Analyse de l'outil statistique des caisses par l'Igas.
- **3 mars 1999** : Le projet de loi sur la **couverture maladie universelle (CMU)** est adopté au Conseil des ministres.

Jean-Claude Boulard avait remis, le 8 septembre 1998, son rapport sur la CMU.

L'idée de la CMU a des traits communs avec l'idée de l'Assurance maladie universelle (AMU) lancée par Alain Juppé. Mais si l'AMU avait pour objectif de rassembler les Français dans un régime unique d'assurance maladie, accordant les mêmes prestations en nature, en contrepartie du même effort contributif, à toutes les personnes résidant en France, la CMU a voulu aller plus loin. Pour remédier aux dysfonctionnements de l'aide médicale départementale, la CMU souhaite aider les personnes renonçant aux soins pour des raisons financières. Elle prévoit donc, non seulement l'affiliation de l'ensemble de la population à un régime de base, mais surtout lui accorde une couverture sociale complémentaire.

Le projet de loi portant création de la couverture maladie universelle se situe dans le prolongement de la loi contre les exclusions, dont le volet santé avait été réduit à peu de chose : 200 millions de francs au titre de l'accès aux soins. La CMU permettra de protéger quelque 6 millions de personnes, pour un coût évalué à 9 milliards de francs.

**La loi est publiée le 27 juillet 1999 (Loi n° 99-641).**

En décembre 1999, plusieurs textes d'application sont publiés, dont le décret n° 99-1049 du 15 décembre 1999. La loi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

- *Quelle assurance de base ?* : La CMU permettra d'ouvrir les droits à l'assurance maladie dès la demande d'affiliation, des personnes de plus de 16 ans, justifiant de leur identité et d'une résidence stable et régulière. L'aide médicale gratuite, prise en charge aujourd'hui par les départements, la Cnaf ou le Fsv, comme l'assurance personnelle, disparaissent. Quelques 700 000 personnes sont concernées.
- *Où s'affilier ?* : Pour bénéficier des prestations complémentaires au titre de la CMU, les personnes peuvent s'adresser à une CPAM ou s'affilier directement auprès d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une assurance.
- *Quelle complémentaire ?* : La prise en charge à 100 % est assurée à toute personne aux revenus inférieurs à l'équivalent du minimum vieillesse, soit 3 500 francs mensuels, 5250 francs pour 2 personnes, 6 300 francs pour 3 personnes, 7 700 francs pour 4 personnes (1400 francs par personne supplémentaire au foyer, au-delà de 4 personnes). Environ 6 millions de personnes sont concernées.
- *Qui finance ?* : Le coût global de la CMU est évalué à 9 milliards de francs financés par :
  - La récupération des 5 milliards de francs que les départements consacraient aux aides médico-sociales ;
  - Une contribution de 1,75% sur le chiffre d'affaires santé des complémentaires (1,75 milliards de francs) ;
  - 2,25 milliards de francs financés par l'Etat. Un fonds de financement de la protection complémentaire sera créé. Les assureurs complémentaires pourront déduire de leur contribution un montant de 375 francs par personne couverte et par trimestre, soit 1 500 francs par an.
  - *Quels tarifs ?* : En dentisterie, comme en lunetterie, des prix plafonds seront fixés. Ils serviront de base de remboursement. Le tiers payant sera généralisé pour les bénéficiaires de la CMU, y compris quand ils s'adresseront à un médecin de secteur 2.
- **18 mars 1999** : Adoption du plan stratégique de la Cnamts (Gilles Johanet, directeur), remis officiellement au gouvernement en juillet 1999. Ce plan prévoit 22 mesures pour une économie de 62 milliards de francs, dont 30 milliards sur l'hôpital..

*Mesures concernant les médecins :*

- Refonder le conventionnement sur la certification ;
- Conventionnement en fonction des besoins : cette sélection procède d'une approche par région et discipline ;
  - Habilitation à certains actes techniques ;
  - Généralisation du compte rendu médical ;
  - Conventionnement « contractuel des médecins à honoraires libres : un nouveau secteur ouvrant droit à dépassement d'honoraires - plafonnés et pris en charge - pourrait être ouvert aux médecins d'un certain niveau de formation. Le conventionnement en secteur 2 pourrait être subordonné au respect par le praticien d'engagements (prescription d'équivalents thérapeutiques, télétransmission...) ;
    - Modulation des cotisations sociales ;
    - Régulation des dépenses médicales : la récupération des dépassements serait modulée par une individualisation en fonction de 2 critères : le niveau des honoraires des praticiens par rapport à la moyenne de sa spécialité, et la conclusion d'un

engagement individuel de maîtrise (seuil maximal d'activité, limitation des dépassements, coordination des soins, prescription en équivalents thérapeutiques...);

- Révision des tarifs de certains spécialistes : les mesures consisteraient en des baisses de la valeur de certaines lettres-clé, et concerneraient les spécialités dont l'activité a été inflationniste l'an dernier. Sont visés les cardiologues, les ophtalmologues, les anatomopathologistes, les neurologues, les neuropsychiatres.

*Mesures concernant les patients :*

- Carnet de santé opposable : sa présentation subordonnerait le remboursement à taux plein ;
- Coordination des soins : Les actes pris en charge dans un dispositif de continuité de soins (médecin référent...) donneraient lieu à une meilleure prise en charge.
- Bilan de soins : il serait proposé aux gros consommateurs (hors ALD) n'ayant pas opté pour un mode de continuité ;
- Opposabilité des conditions de dépistage.

*Mesures concernant les autres soins libéraux :*

- Redéploiement des dépenses bucco-dentaires : prises en charge à 100% pour les moins de 20 ans ; Bilan dentaire régulier pour les adultes ; Révision de la nomenclature avec tarification opposable pour les prothèses.
- Révision de la nomenclature des masseurs-kinésithérapeutes ;
- Maîtrise des dépenses de biologie : baisse de la lettre-clé ;
- Révision de la prise en charge des transports sanitaires ;
- Révision de la prise en charge des cures thermales.

*Mesures concernant le médicament :*

- Déconnexion entre prix et tarif de responsabilité : il s'agit de fixer des tarifs de remboursement par classe de médicaments, d'abord pour les génériques et équivalents thérapeutiques, puis par classe pharmaco-thérapeutique. Les médicaments très innovants font toujours l'objet d'un accord prix-volume.
- Modification des taux de remboursement pour les médicaments dont l'amélioration du service médical rendu est faible ;
- Réglementation des tarifs de vaccins antigrippaux.

*Mesures concernant l'hôpital :*

- Audit des structures hospitalières ;
- Harmonisation des modes de financement : il s'agirait sur quatre ans de mettre en place dans les secteurs public et privé une tarification par groupe homogène de malades. En plus d'économies importantes, ce nouveau mode de tarification aurait des effets sur les restructurations en cours ;
- Gestion du patrimoine hospitalier par une Agence nationale ;
- Mise en place d'une unité de trésorerie de la branche maladie et des établissements publics qu'elle finance ;
- Développement de la chirurgie ambulatoire ;
- Cliniques privées : révision du mode de calcul de l'enveloppe des cliniques ; réforme de la tarification de la chimiothérapie ;

- Prise en charge de l'insuffisance rénale : révision des coûts de certaines dialyses ; plan de développement des greffes rénales.
  - L'accord sectoriel conclu le **19 juillet 1999** entre le Ceps et le Snip et régissant les relations Etat et laboratoires entérine la notion de convention individuelle. L'accord prévoit la fixation d'objectifs de dépenses par classes thérapeutiques de médicaments. Il est opposable à l'industrie pharmaceutique. En cas de non-respect des objectifs, des contributions fixées dans les conventions doivent être payées par les laboratoires
  - **21 septembre 1999** : Lors de la réunion de la CCSS et de la présentation de la LFSS 2000, la création du Forec, fonds de financement des 35 heures, est annoncé. Seule la branche maladie est dans le rouge.
    - **Le décret du 27 octobre 1999** durcit les conditions d'admission au remboursement. L'admission est prononcée par la Commission de la transparence pour les médicaments qui ont reçu l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Celle-ci est accordée par l'Afssaps créée par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998. Les médicaments sont inscrits ou réinscrits au remboursement pour une durée de trois ans au vu de l'appréciation du service médical rendu (SMR). Trois niveaux de SMR sont définis.
- De 1999 à 2001, le Régime général renoue avec les excédents : 0,5 milliard d'euros en 1999, 0,7 en 2000 et 1,2 en 2001 dans un retour à la croissance économique. Mais ces excédents sont trompeurs et dissimulent le déficit persistant de l'Assurance maladie.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2000

[Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 99-422 DC du 21 décembre 1999](#), JO du 30 décembre 1999

[Extrait de : *Liaisons sociales*, n° 8063, 31 janvier 2000]

Moins d'un mois après avoir validé la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 et notamment son article 5 instituant un «Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale», le Conseil constitutionnel a, le 13 janvier 2000, amputé ce fonds de l'une de ses ressources : la «contribution » sur les quatre premières heures supplémentaires dans les entreprises n'étant pas passées aux 35 heures. Prévue initialement par la loi Aubry II, cette contribution devait rapporter 7 milliards de F en 2000 sur un total de près de 64 milliards de F prévus pour financer l'allègement de charges sociales lié aux 35 heures. Le financement des 35 heures a été au coeur des débats lors de l'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000. Les partenaires sociaux s'étaient, en effet, mobilisés contre l'utilisation des fonds des organismes gérant les régimes de protection sociale (régimes de base et complémentaires) et de l'assurance chômage (Unedic) pour financer le coût des 35 heures. Le débat ressurgit donc avec la décision du Conseil constitutionnel, alors que le recours à la contribution sur les heures supplémentaires avait été choisi pour pallier au refus des partenaires sociaux. En dehors de cette question, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 renforce notamment les outils visant à maîtriser les dépenses de soins de ville et améliore la prise en charge des accidents du travail successifs.

### **► Justification médicale des arrêts de travail**

Est introduit, dans le Régime général, la mention obligatoire par le médecin des motifs médicaux (CSS, art. L. 162-4-1) justifiant la prescription :

- d'un arrêt de travail donnant lieu à l'octroi d'indemnités journalières (arrêt supérieur à trois jours). Ces règles s'appliquent également aux sages-femmes lorsqu'elles prescrivent des arrêts de travail dans le cadre de l'Assurance maladie ;
- d'un transport sanitaire en vue d'un remboursement. En ce qui concerne les arrêts de travail, la notion d'éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail ne devrait pas signifier que le médecin devra porter un diagnostic précis, les éléments devront simplement permettre au contrôle médical d'apprécier la réalité du motif justifiant un arrêt de travail. Pour les arrêts de travail inférieurs à trois jours, aucun motif ne devra figurer sur la feuille de soins. S'agissant des transports sanitaires, le médecin devra non seulement justifier du motif du transport mais également de ceux qui justifient le mode de transport prescrit. L'octroi des indemnités journalières maladie et du remboursement des frais de transport est donc subordonné au respect, par le médecin, de ces nouvelles règles (CSS, art. L. 321-1). Le Conseil constitutionnel, dans sa décision DC n° 99-422 du 21 décembre 1999, a estimé que le respect de la vie privée se trouverait établi dès lors que seraient mises en oeuvre des modalités d'acheminement des documents entre médecins traitants et médecins-conseils de la Sécurité sociale de nature à assurer la stricte confidentialité de la transmission des informations qu'ils contiennent.

### **► Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux**

Dans des conditions qui seront fixées par décret, le service du contrôle médical pourra procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins dispensés à un patient compte tenu de l'importance des dépenses présentées au remboursement (CSS, art. L. 315-2-1). Ne sont toutefois pas concernés les patients atteints d'une affection de longue durée ou en situation d'interruption du travail (ou de soins continus) d'une durée supérieure à six mois. Le service du contrôle médical pourra convoquer l'intéressé en vue, le cas échéant, de définir, avec un médecin de son choix, «un plan de soins déterminant les soins et traitements appropriés». La loi ne précise toutefois pas si ce plan a un caractère obligatoire ou non pour le patient et le praticien consulté. Cette procédure est également étendue pour le régime des non-salariés non-agricoles et pour celui de la Mutualité sociale agricole

### **► Régularisation des soins de ville**

L'article 24 de la loi est au centre du dispositif de régularisation des dépenses de soins de ville. Long de plusieurs pages, il réécrit totalement une quarantaine d'articles du Code de la Sécurité sociale consacrés aux conventions conclues entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé afin de confier à la Cnamts la régularisation des honoraires des professionnels de santé, l'État ayant toutefois le dernier mot.

#### *- Redéfinition des conventions médicales*

L'article 24 (§ I à IV) généralise à l'ensemble des professions libérales la possibilité déjà offerte aux médecins de créer par voie conventionnelle des «conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins» (réseaux). Sont successivement concernés les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et auxiliaires médicaux (CSS, art. L. 162-9), les infirmiers (CSS, art. L. 162-12-2; les masseurs-kinésithérapeutes (CSS, art. L. 162-12-9) et les directeurs de laboratoires d'analyses médicales (CSS, art. L. 162-14). La référence aux tarifs d'honoraires ne figure plus parmi les éléments devant figurer dans la convention, cette fixation relevant désormais de l'annexe annuelle. L'article 24 (§ V et VI)

introduit l'approbation tacite des conventions, annexes et avenants alors que jusqu'à présent l'approbation devait être formelle (CSS, art. L. 162-15). Les conventions, annexes et avenants sont désormais réputés approuvés si les ministres n'ont pas fait connaître aux caisses nationales d'assurance maladie, dans le délai de 45 jours à compter de la réception du texte, leur désaccord. Le gouvernement ne pourra s'opposer à leur approbation que si ces textes :

- ne sont pas conformes aux lois et règlements en vigueur ;
- sont incompatibles avec « le respect des objectifs de dépenses » ;
- font courir des risques « à la santé publique ou à un égal accès aux soins ».

Enfin, l'approbation pourra être partielle lorsque la non-conformité aux lois et règlements en vigueur de la convention, de l'avenant ou de l'annexe concerne seulement une ou plusieurs dispositions « divisibles ». Cette disposition reprend les termes de l'arrêt du Conseil d'État du 28 juillet 1999 (Syndicat des médecins libéraux et autres) lequel, jusqu'à cette date, selon une jurisprudence constante, annulait l'arrêté d'approbation de la convention dans son ensemble en cas d'illégalité, même partielle, de la convention (cf. *Bref social n° 12963 du 4 août 1999*). Les conventions, annexes et avenants approuvés demeurent publiés au *Journal officiel*.

L'article 24 (§ VII) procède au toilettage des dispositions concernant le règlement minimal conventionnel applicable aux seuls médecins en l'absence de convention. Le principe des reversements auxquels ils étaient en principe tenus de procéder en cas de dépassement de leur objectif est supprimé, car, de fait, jamais appliqué (CSS, art. L. 162-5-9). L'article 24 (§ VIII) autorise les partenaires conventionnels à plafonner les dépassements des médecins exerçant en secteur 2 (CSS, art. L. 162-5-13).

#### - L'objectif des dépenses déléguées

L'article 24 (§ X) introduit au sein de l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville, la notion d'objectif de « dépenses déléguées », l'assurance maladie étant responsable de son respect (CSS, art. L. 227-1). Cet objectif est fixé par l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion. Cet objectif comprend la rémunération des :

- soins dispensés en ville;
- soins en cliniques tarifés à l'acte;
- soins délivrés en secteur libéral à l'hôpital public;
- frais de transport sanitaire.

L'assurance maladie ne serait responsable que des honoraires des médecins puisque la prescription des médicaments n'est pas retenue dans cet « objectif ». L'article 24 (§ XII) fixe le nouveau mécanisme de régulation des soins de ville que l'assurance maladie devra faire respecter (CSS, art. L. 162-15-2 et L. 162-15-3). Ainsi, les caisses d'assurance maladie négocieront chaque année pour chacune des professions médicales et paramédicales une annexe à la convention qui fixe :

- l'objectif des dépenses remboursables ;
- les tarifs (lettres-clé) ;
- le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif de dépenses déléguées.

À défaut de conventions ou d'annexes, la Cnamts et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe.

Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses, au moins deux fois dans l'année : une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit derniers mois. À défaut de convention, les caisses assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée. Lorsque l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif, les parties à chacune des conventions déterminent, par une annexe modificative :

- les mesures de toute nature propres à garantir son respect ;
- et, le cas échéant, les ajustements des tarifs (lettres-clé flottantes).

Là encore, à défaut d'accord entre les parties ou en l'absence de convention, la décision revient aux caisses d'assurance maladie. Mais, en cas de carence des caisses ou si les mesures proposées «ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif des dépenses», le gouvernement se substituera aux caisses par arrêté.

#### - *Les rapports d'équilibre de caisses nationales*

Chaque année, un «rapport d'équilibre» sera établi par la Cnamts et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. Il sera transmis au Parlement ainsi qu'au gouvernement dans un délai de 50 jours à compter de la publication de la loi de financement de la Sécurité sociale. Il devra comporter les éléments permettant d'apprécier la compatibilité des mesures prises avec l'objectif de dépenses déléguées. Les caisses seront également tenues de transmettre des rapports d'étape au plus tard les 15 juillet et 15 novembre. L'ensemble de ces rapports devront encore être approuvés par le gouvernement. En cas de refus d'approbation, la Cnamts disposera d'un délai de 10 jours pour revoir le contenu des annexes et les présenter à nouveau. En cas de nouvelle opposition, un arrêté fixera les éléments des annexes annuelles et les tarifs liés aux ajustements.

#### - *Convention des médecins spécialistes*

L'article 24 (§ XIII) autorise les caisses d'assurance maladie, en l'absence de convention pour les médecins spécialistes, à conclure des accords partiels avec les représentants de telles spécialités ou groupes de spécialités et «au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire des médecins spécialistes» (CSS, art. L. 162-15-4).

### **► Autres mesures**

- Le nouvel article L. 162-12-17 du Code de la Sécurité sociale introduit des contrats de «bon usage des soins». Lesquels peuvent être conclus à l'échelon national par les parties signataires de la ou des conventions ou, à l'échelon régional, entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie (Urcam) et les représentants désignés par le ou les syndicats signataires de la ou des conventions nationales. Ces accords nationaux et régionaux doivent être approuvés par le gouvernement, les accords régionaux devant préalablement être approuvés par la Cnamts. Ces accords doivent prévoir des « objectifs médicalisés d'évolution des pratiques» ainsi que les actions permettant de les atteindre et, à titre facultatif, fixer des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses et prévoir les conditions dans lesquelles les médecins conventionnés peuvent percevoir une partie du

montant des économies réalisées. Enfin, la ou les conventions déterminent les conditions dans lesquelles les professionnels conventionnés peuvent adhérer individuellement à un «contrat de bonne pratique» (CSS, *art. L. 162-12-18*) étant précisé que le taux de prise en charge, par les caisses d'assurance maladie, des cotisations sociales dues par les médecins adhérents pourra être majoré par décret.

- Dans le cadre d'un contentieux relatif à l'article 12 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 instituant trois prélèvements à la charge de l'industrie pharmaceutique, le Conseil d'État a annulé, par décision du 15 octobre 1999, le prélèvement institué par le III de cet article, conduisant à la restitution des sommes en cause (environ 1,2 milliard de F). Afin de neutraliser les conséquences financières pour la branche maladie de cette annulation, une contribution exceptionnelle est créée à la charge des entreprises pharmaceutiques (*art. 30*).
- Les conditions de prise en charge par l'Assurance maladie, des produits, fournitures et appareils autres que les médicaments sont révisées. En effet, la procédure du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) – qui organise la prise en charge en ville de ces dispositifs médicaux à usage individuel – est réformée (*art. 32*).
- Le dispositif de régulation des dépenses de l'hospitalisation privée (cliniques), introduit en 1991 et modifié en 1996, est à nouveau réformé. La responsabilité de la régularisation des dépenses est confiée à l'État et aux représentants des cliniques privées, les caisses d'assurance maladie étant désormais exclues du dispositif qui était précédemment tripartite (*art. 33*).
- Elle instaure aussi le Forec (Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale). Cet établissement public a pour mission de compenser pour le compte des régimes de base de Sécurité sociale les pertes de cotisations liées aux mesures d'allègement de charges pesant sur les bas salaires (exonération de cotisations d'allocations familiales et réduction Juppé en cours de disparition) et la réduction de temps de travail (allègement Robien et allègement Aubry I et Aubry II pour le financement des 35 heures – lois n° 98-461 du 13 juin 1998 et n° 200-37 du 19 janvier 2004)). Sa mise en place n'interviendra que fin 2001. Ce fonds sera supprimé par le PLFSS 2004.

## Année 2000 :

Le Medef (ex. Cnfp depuis 1998) lance le grand chantier de la refondation sociale, et pose la question de l'avenir de la gestion paritaire des régimes sociaux.

22 fév. 2000 : Le conseil de la Cnamts adopte la répartition de l'Ondam entre professions de santé libérales tendant à limiter le volume de prestations en contrepartie de la revalorisation de certains actes.

La CMU se met en place; mais 80 % des bénéficiaires choisissent une CPAM comme organisme complémentaire, d'où le mécontentement des autres organismes complémentaires.

Mars 2000 : Difficile application de la Réduction du temps de travail à l'hôpital. Des protocoles d'accord sont signés avec les agents et les praticiens hospitaliers mobilisant près de 15 milliards de francs sur trois ans.

Juin 2000 : Les comptes de la Sécurité sociale se retrouvent l'équilibre à l'exception de la branche maladie.

Martine Aubry demande à la Cnamts de prendre ses responsabilités, mais cette dernière regrette que les propositions de son plan stratégique n'aient pas été mises en application.

- 7 juillet 2000 : 3 décrets relatifs à la nomination des médecins-conseils nationaux. Auparavant nommés par le ministre après avis du Haut comité national de la Sécurité sociale. ils seront désormais nommés par le directeur de la Cnamts. Martine Aubry montre son intention de laisser à la Cnamts le soin de gérer seule la médecine de ville.

11 juillet 2000 : Le Conseil de la Cnamts approuve un plan de baisses des tarifs pour six professions de santé devant dégager 400 millions de francs d'économie. A l'exception des infirmières, le ministère approuve.

1er août 2000 : Publication des avenants aux annexes annuelles fixant les tarifs des professions de santé conventionnées.

19 septembre 2001 : Création du Haut Conseil de la comptabilité des organismes de Sécurité sociale et la Mission comptable permanente

26 octobre 2000 : Grandes manifestations de mécontentement des professions de santé : le Centre national des professions de santé organise une journée morte.

7 novembre 2000 : La Cnamts adopte un rapport d'équilibre qui prévoit 370 millions de francs d'économie sur les radiologues, les cardiologues, les néphrologues, les gastro-entérologues et les laboratoires. Ces économies seront affectées à des fonds de modernisation de ces professions. Elisabeth Guigou, qui a succédé à Martine Aubry, approuve ce rapport d'équilibre le 18 octobre 2000, malgré le désaccord du CSMF.

24 décembre 2000 : La LFSS 2001 est publiée au JO, après que le Conseil constitutionnel ait censuré le mécanisme de ristourne dégressive de la CSG sur les bas salaires destiné à faciliter le retour à l'emploi des chômeurs ou RMistes. La prime pour l'emploi sera créée à la place.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2001

[Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2000-437](#) du 19 décembre 2000, JO du 24 décembre 2000.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8143, 12 janvier 2001]

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2001 a été amputée des neuf articles que le Conseil constitutionnel a censuré par sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000. Parmi ces mesures annulées, figure celle qui était présentée comme la mesure phare de la LFSS, la réduction dégressive de CSG et de CRDS sur les revenus d'activité inférieurs à 1,4 smic. Le Conseil constitutionnel l'a censuré aux motifs qu'elle entraînait une «rupture caractérisée d'égalité devant l'impôt». Le gouvernement devait arrêter à la mi-janvier un projet se substituant à ce dispositif, qui avait été présenté comme un geste en faveur des revenus modestes en contrepartie de la baisse programmée de l'impôt sur le revenu pour 2001, 2002, 2003. La réduction de CSG représentait en 2001 un

budget de 8 milliards de F, soit 180 F par mois pour un smic (25 milliards de F en 2003) et visait neuf millions de personnes. Le Conseil constitutionnel a en outre entendu, dans sa décision, marquer un coup d'arrêt à certaines pratiques conduisant à introduire dans la LFSS des «cavaliers sociaux», faisant ainsi des lois de financement de la Sécurité sociale des lois «fourre tout » à l'instar des lois portant diverses mesures d'ordre social. Six articles ont été censurés à ce titre, en particulier celui qui abrogeait la loi Thomas du 25 mars 1997 sur les plans d'épargne retraite. Le gouvernement avait anticipé sur l'annulation d'une des mesures, l'exonération de CRDS étendue aux bénéficiaires de pensions et d'allocations de chômage non imposables, en l'intégrant dans la loi de Finances pour 2001. Par ailleurs, le projet de loi de modernisation sociale a été l'occasion pour lui de réintroduire l'abrogation de la loi Thomas qui figurait initialement dans ce texte et avait été introduite par voie d'amendement dans la LFSS.

### **► Alignement des prestations en nature des professions indépendantes**

L'article 35 de la LFSS pour 2001 prévoit l'alignement des prestations en nature des professions indépendantes (non salariés des professions non agricoles) sur celles versées dans le Régime général des salariés. Cette charge nouvelle est financée par un relèvement de la cotisation de 0,6 point à compter de l'échéance du 1er avril 2001 (*D. n° 2000-1285 du 26 décembre 2000*). Cet alignement des taux de remboursement du régime d'Assurance maladie des professions indépendantes sur ceux du Régime général porte essentiellement sur les dépenses de soins courants ou «petit risque». Il vise la nature des prestations servies, leur taux de prise en charge et les cas d'exonération du ticket modérateur. Pour les dépenses d'hospitalisation, de soins coûteux (affections de longue durée) et d'assurance maternité, le ticket modérateur était déjà identique dans les deux régimes. Les assurés non salariés titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité bénéficient de taux de remboursement améliorés, alignés sur ceux du Régime général (80 % sauf prestations particulières). Il en va de même pour les assurés non salariés titulaires de l'allocation supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse ou d'une pension militaire d'invalidité (100 %). Le régime spécifique applicable aux prestations en espèces des non-salariés reste inchangé. Du fait de l'augmentation des taux de remboursement de leur régime obligatoire, les professions indépendantes vont faire supporter des dépenses moins importantes aux organismes de protection complémentaire. La LFSS prend en compte cette donnée. Les organismes de protection complémentaire devront proposer aux indépendants une baisse du tarif de leurs contrats conclus avant le 1er janvier 2001. La loi donne la possibilité à toute personne n'ayant pas bénéficié d'une réduction de cotisation ou de prime de résilier à tout moment la garantie complémentaire initialement souscrite.

### **► Contributions à la charge de l'industrie pharmaceutique**

- Clause de sauvegarde (art. 49)  
La LFSS pour 1999 a institué une clause de sauvegarde visant l'industrie pharmaceutique. Cette clause met à la charge des entreprises n'ayant pas conclu de convention avec le comité économique du médicament, une contribution qui est prélevée lorsque le chiffre d'affaires de l'ensemble de ces entreprises s'est accru d'un taux supérieur au taux de progression de l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) au cours d'une année civile par rapport à l'année précédente. L'article 49 de la LFSS pour 2001 modifie le mode de calcul de cette contribution afin d'atténuer les effets de seuil. Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux contributions perçues à compter du 1er janvier 2001.
  
- Mesures incitatives en faveur des médicaments «orphelins » (art. 48)

Afin d'inciter les entreprises de l'industrie pharmaceutique à développer les médicaments destinés à traiter les maladies rares (médicaments dits «orphelins»), le chiffre d'affaires réalisé au titre de ces médicaments «orphelins» est exclu de l'assiette :

- de la contribution due par les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros (CSS, art. L. 138-1) ;
- de la contribution dite de clause de sauvegarde ;
- de la contribution sur les ventes directes (CSS, art. L. 245-6-1).

Les frais de prospection engagés pour ces médicaments «orphelins» sont soumis à des règles particulières pour la détermination de l'assiette de la contribution due sur les dépenses de publicité (CSS, art. L. 245-1). La taxe annuelle sur les médicaments n'est pas due sur les médicaments orphelins.

- Contribution sur les ventes en gros de médicaments (art. 50)

Le taux de cette contribution est relevé. Ce relèvement s'applique au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1er octobre 2000.

### ► **Mesures diverses**

- L'article L. 162-31-1 du Code de la Sécurité sociale sur les expérimentations en matière de filières et de réseaux de soins est modifié ; la date limite d'application, fixée à avril 2001 est repoussée au 31 décembre 2006 (art. 36); la décision d'agrément des filières et réseaux de soins est en partie régionalisée (art. 36) ;

- La procédure de dépôt du rapport d'équilibre des caisses d'assurance maladie est complétée (art. 38) ;

- Le mode de financement des établissements de santé privés est modifié pour les activités d'urgence (art. 41) ; Le montant des dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville est fixé à 700 millions de F (art. 37) ;

- Le montant affecté au fonds pour la modernisation des cliniques privées est fixé à 150 millions de F (art. 42);

- Un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé est créé (art. 40); le fonds créé par la loi de financement pour 1998 sera supprimé. Un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique est créé (art. 47).

Le PLFSS instaure aussi le plan comptable unique pour les organismes de Sécurité sociale. Ce plan sera approuvé par un arrêté du 30 novembre 2001 et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier.

### **Année 2001 :**

25 janvier 2001 : Elisabeth Guigou réunit un Grenelle de la santé et crée un comité des quatre sages (Bernard Brunhes, Bernard Glorion, Stéphane Paul et Lise Rochemaix) qu'elle charge d'une mission de concertation sur l'évolution de la médecine de ville.

Les dépenses d'Assurance maladie ont progressé de 6,3 % alors que l'Ondam était fixé à 2,5 %.

7 février 2001 : Bernard Kouchner est nommé ministre délégué à la Santé.

14 mars 2001 : Signature d'un accord sur la fonction publique hospitalière relatif aux salaires, RTT en déroulement de carrière.

Mai 2000 : Le gouvernement propose aux syndicats une discussion sur la démocratie sociale, qui apparaît comme une manœuvre contre le projet de refondation sociale du MEDEF.

19 juin 2001 : Le MEDEF annonce qu'il ne renouvellera pas le mandat de ses administrateurs dans les caisses de Sécurité sociale. Il tend une dernière perche au Gouvernement en proposant l'ouverture de discussions sur la clarification des missions, responsabilités et des financements de la Sécurité sociale, mais en vain. En persistant dans sa décision de mettre à contribution la Sécurité sociale pour financer les 35 heures, le Gouvernement provoque le départ du Medef (retour seulement à l'automne 2004).

12 juillet 2001 : réunion d'un deuxième Grenelle de santé regroupant 80 participants. Elisabeth Guigou présente ses orientations pour un meilleur fonctionnement de la médecine de ville.

24 juillet 2001 : Les deux plus importantes fédérations des cliniques privées fusionnent : l'Uhp et la Fiehp deviennent la Fédération hospitalière privée (Fhp).

13 septembre 2001 : Négociations difficiles sur les 35 heures à l'hôpital. Le Gouvernement annonce la création de 45 000 postes, soit une hausse de 6 % des effectifs en trois ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Violente réaction de grève dans l'hospitalisation privée qui demande des moyens équivalents à ceux octroyés à l'hospitalisation publique.

7 novembre 2001 : La Fhp et la Fehap signent avec le Gouvernement un protocole d'accord aux termes duquel le Gouvernement alloue 1,7 milliards de francs supplémentaires en 2001-2002 (au total 3,1 milliards de francs) aux cliniques privées afin de développer une politique salariale et sociale en faveur de leur personnel.

Décembre 2001 : Les médecins généralistes entament une grève pour obtenir le C à 20 €. Début d'une crise qui ne se terminera qu'avec l'élection présidentielle de 2002.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2002

► [Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001, rectificatif](#) et décision du [Conseil constitutionnel n° 2001-453 du 18 décembre 2001](#), JO du 26 décembre 2001.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8246, 21 janvier 2002]

Sixième du genre, la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2002 a été débattue dans un contexte de crise, la Cour des comptes ayant vivement dénoncé, dans son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2001, la complexité et l'opacité des circuits de financement de celle-ci. Cette crise qui s'est focalisée sur le financement des 35 heures assuré par le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (Forec) dont les dépenses avoisinent les 15,25 milliards d'euros. Aussi, l'objectif principal de la LFSS pour 2002 a-t-il été d'assurer l'équilibre financier du Forec grâce à un transfert de recettes provenant du Régime général de Sécurité sociale. En ce qui concerne l'Assurance maladie, les mesures-phares sont les suivantes : entente

préalable, ajustement de mesures liées à la Couverture maladie universelle (CMU) et 35 heures dans la Fonction publique hospitalière. Mais la plus importante – celle tenant aux rapports conventionnels entre professionnels de santé libérale et organismes d'Assurance maladie – a été censurée par le Conseil constitutionnel. Motif de forme puisque le Conseil a considéré que les dispositions, introduites par amendement gouvernemental en deuxième et nouvelle lecture au sein d'un article voté en première lecture, devaient être considérées comme «nouvelles» et ne répondaient pas aux conditions définies par le Conseil pour l'introduction d'amendements après la réunion de la commission mixte paritaire. Aussi, dès le 21 décembre, une proposition de loi était-elle déposée à l'Assemblée nationale afin de reprendre ce dispositif censuré. Objectif visé : adopter définitivement ce texte avant la fin de la session parlementaire, soit le 22 février prochain.

### **► Réforme de l'entente préalable**

Le champ de l'entente préalable qui conditionne le remboursement de certains actes médicaux, défini réglementairement, est doté d'une base légale (*CSS, art. L. 315-2 modifié*). La loi prévoit que cet accord préalable peut être exigé pour les prestations maladie dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;
- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;
- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'Assurance maladie. Les conditions d'application de ce dispositif seront fixées par décret.

### **► Affiliation au Régime général des enfants en situation irrégulière**

Les ayants droit mineurs des personnes étrangères ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière prévue à l'article L. 380-1 du Code de la Sécurité sociale, c'est-à-dire en situation irrégulière, sont désormais affiliés au Régime général sur critère de résidence (CMU de base). Les autres ayants droit des étrangers en situation irrégulière continueront de bénéficier de l'aide médicale de l'État (*CSS, art. L. 380-5 nouveau*). Ainsi, les enfants mineurs de parents en situation irrégulière relèveront-ils de la CMU de base étrangers alors que leurs parents relèveront de l'aide médicale de l'État. Les enfants mineurs devront toutefois remplir la condition relative à la durée de résidence en France (plus de trois mois), la régularité de la résidence ne leur étant pas opposable en vertu de l'article 9 de l'ordonnance n° 45-2658 du 2 novembre 1945 puisque seuls «les étrangers en séjour en France, âgés de plus de 18 ans, doivent être titulaires d'une carte de séjour temporaire ou d'une carte de résident».

### **► Bénéfice du tiers payant pour les personnes sortant du dispositif cmu**

Le dispositif du tiers payant ouvert au profit des personnes bénéficiant de la CMU pour la couverture de base et, le cas échéant, complémentaire est étendu aux personnes dont les droits aux prestations viennent à expiration, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit (*CSS, art. L. 861-3 modifié*).

## ► **Réduction du temps de travail dans la FPH**

L'article 31 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002 porte sur la réduction du temps de travail dans la Fonction publique hospitalière (FPH) qui a pris effet au 1er janvier 2002. Il intègre dans le dispositif législatif les mesures arrêtées par le protocole d'accord signé par quatre organisations syndicales le 26 septembre 2001. Lesquelles sont déclinées réglementairement pour ce qui concerne les conditions de cette réduction du temps de travail, les règles relatives à l'organisation du temps de travail de ces agents «en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements, et selon des modalités comparables à celles applicables aux agents de la Fonction publique de l'État et de la Fonction publique territoriale» (*D. n° 2002-8 et 200-9 du 4 janvier 2002, JO du 5 janvier*).

## ► **Ondam**

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (CSS, *art. LO. 111-3-I-4°*). L'Ondam se compose de deux agrégats :

- les dépenses d'Assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail ;
- les dépenses exécutées en établissements. Fixation de l'Ondam pour 2002 (*art. 71*)

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 112,8 milliards d'euros pour l'année 2002.

Pour 2001, l'Ondam révisé est fixé à 710,3 milliards de F, en encaissements-décaissements, tirant ainsi les conséquences du soutien apporté aux établissements de santé.

## **Année 2002**

Janvier 2002 : Le conflit entre les généralistes et le gouvernement perdure. Le malaise est plus profond que leur demande de revalorisation tarifaire.

24 janvier 2002 : La Cnamts et MG France signent un accord portant un accord portant le C à 18,50 € au 1<sup>er</sup> mars, avec la création d'une consultation approfondie à 23 € et une revalorisation des astreintes. La CSMF est non-signataire.

5 janvier 2002 : Deux décrets publiés au JO sur la fonction publique hospitalière avalisent l'accord du 27 septembre 2001 sur la durée du travail.

[Arrêté du 31 janvier 2002](#) : Instauration de la consultation spécifique ALD (CALD) par un avenant à la convention des médecins généralistes (JO du 1<sup>er</sup> février 2002).°

Le tarif se monte à 23 € en France métropolitaine et est applicable au 1<sup>er</sup> mars 2002.

Le tarif passe à 26 € en 2003 (octobre) .

15 février 2002 : La CSMF organise avec succès la journée sans toubib avec le C à 20 € comme principale revendication.

Rupture des négociations chez les infirmières. La Fédération nationale des infirmiers (FNI) est opposée au projet de Plan de soins infirmiers. Seule Convergence infirmière approuve la proposition des caisses prévoyant une enveloppe de 306 millions d'euros sur trois ans. Ce syndicat est reconnu représentatif par Elisabeth Guigou le 15 février 2002.

4 mars 2002 : Publication de la loi n° 2002-303 sur le droit des malades et la qualité des soins, dite loi Kouchner. Elle comprend plusieurs dispositions sur les droits des patients et des usagers, ainsi que l'indemnisation de l'aléa thérapeutique.

Signature d'un protocole d'accord sur la permanence de soins entre l'Etat, l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie. Ce protocole doit permettre la mise en place d'une rémunération des médecins généralistes pour les astreintes. Violente critique des syndicats médicaux.

Lors de la campagne présidentielle du printemps 2002 sont soulignées deux avancées notables du Gouvernement Jospin : la CMU et la loi sur les droits des malades. Mais son immobilisme pour régler le déséquilibre de l'Assurance maladie est violemment critiqué.

Jacques Chirac est réélu et la droite passe au Gouvernement en juin 2002. Jean-Pierre Raffarin est nommé Premier ministre et le ministère des Affaires sociales est séparé en deux blocs entre la partie travail et la partie santé. François Mattei, médecin, est nommé au ministère chargé de la Santé.

5 juin 2002 : Signature d'un accord avec les syndicats de médecins passant le C à 20 € dès le 1<sup>er</sup> juillet 2002, et le V à 30 € au 1<sup>er</sup> octobre 2002.

Une novation importante accompagne la revalorisation de la visite : les caisses ne remboursent le V à 30 € que si la visite est médicalement justifiée.

L'accord apparaît comme cofinancé par des engagements des médecins sur la promotion des génériques, la limitation des antibiotiques et le développement des bonnes pratiques. Il pèse cependant lourd sur les comptes de l'Assurance maladie déjà peu reluisants.

22 juillet 2002 : Le Conseil supérieur des hôpitaux approuve une mesure destinée à assouplir l'application de la RTT du personnel médical hospitalier. Il s'agit du paiement de cinq jours de RTT aux 30 000 médecins hospitaliers sur la base 300 € par jour, les 15 jours restant seront pris ou inscrits sur un compte épargne temps.

24 septembre 2002 : la CCSS fait ressortir un déficit de la branche maladie de 6,1 milliards d'euros et un dérapage de l'Ondam de 7,2 % au lieu de 3,8 % votés.

Le PLFSS 2003 est présenté comme un PLFSS de transition visant à essayer de contenir le déficit de l'Assurance maladie à 7 milliards d'euros pour 2003. Sont prévus :

- le déremboursement de plusieurs médicaments à SMR insuffisant (SMR) ;
- l'alignement du remboursement des produits de marque sur celui des génériques .
- l'annonce de la constitution de trois groupes de travail destinés à réfléchir sur l'avenir de l'Assurance maladie : nouvelle gouvernance, médicalisation de l'Ondam, répartition des rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire dans la prise en charge des dépenses de santé.

- Le durcissement dans l'attribution de l'Aide médicale d'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière est envisagé, car financé par l'assurance maladie, elle engendre une très forte croissance des dépenses.

20 novembre 2002 : Le Plan hôpital 2007 annonce que 3,7 milliards d'euros seront donnés chaque année aux hôpitaux pour la maintenance et 1,1 milliard pour de nouvelles réalisations. Il prévoit le passage des établissements tant publics que privés à la tarification à l'activité (T2A).

### Loi de financement de la Sécurité sociale 2003

[Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002](#), JO du 24 décembre 2002.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8345, 7 janvier 2003]

La Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2003, amputée de cinq mesures sociales par le Conseil constitutionnel dans une décision du 12 décembre 2002, se présente avant tout comme un «texte de transition». Son contenu est ainsi allégé par rapport aux LFSS des années précédentes. Sans Conférence de la famille en 2002 et pour des raisons de calendrier législatif, le projet de loi n'a pu être élaboré dans les conditions habituelles. Ses dispositions seront applicables, sauf mentions spécifiques, au 1er janvier 2003. La loi tente, globalement, de contenir le déficit prévisionnel du Régime général de la Sécurité sociale pour 2003 sous la barre des 4 milliards d'euros.

#### ► Ondam

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (CSS, art. LO. 111-3-I-4°). L'Ondam se compose de deux agrégats :

- les dépenses d'assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail :
- les dépenses exécutées en établissements.

Pour 2002, l'Ondam est fixé à 116,7 milliards d'euros. Pour 2003, il atteint 123,5 milliards d'euros en hausse de 5,3%. Le ministre de la Santé, Jean-François Mattéi a, par ailleurs, annoncé, que sera utilisée la possibilité de présenter au Parlement, chaque année au printemps, un «collectif social» (projet de loi de financement rectificatif) en cas d'écart important entre les prévisions, telles qu'arrêtées par la Commission des comptes au printemps et les objectifs fixés par la loi. En effet, depuis 1998, la LFSS fixe des taux d'évolution de l'Ondam qui ont été systématiquement dépassés. Ce dépassement est croissant sur la période et devrait atteindre 3,9 milliards d'euros en 2002. Le gouvernement souhaite que les dépenses d'Assurance maladie soient désormais fondées en priorité sur l'évolution de l'activité des soins du pays. Tel est le chantier de la médicalisation de l'Ondam. Aussi, un groupe de travail, créé au sein de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et dont l'animation des travaux a été confiée à Alain Coulomb, délégué

général de la Fédération hospitalière de France (FHF), doit réfléchir aux moyens de redonner de la crédibilité à l'objectif. En outre, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 prévoit que le gouvernement transmettra chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'Ondam (art. 7). Enfin, la loi crée un Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (art. 2). Il informera le Parlement des conséquences des choix de santé publique afin d'éclairer les décisions du Parlement. Il sera rattaché aux deux commissions des Affaires sociales des assemblées.

### ► **Soins de ville**

- *Suppression des lettres flottantes* : Le mécanisme des «lettres-clefs flottantes», qui avait été créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, sera supprimé au 1<sup>er</sup> janvier 2003. Il sera ainsi mis fin au cœur de la maîtrise dite «comptable» des soins de ville. En application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, les caisses d'Assurance maladie étaient déléguées pour gérer les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux. Pour chaque profession sous convention, une annexe à la convention fixait un objectif de dépenses remboursables ainsi que les tarifs (lettres-clefs). Cet objectif était fixé, le cas échéant, de manière unilatérale par les caisses. Si l'évolution des dépenses n'était pas compatible avec l'objectif initial, les caisses et les professionnels, ou en cas de désaccords, les caisses de manière unilatérale pouvaient prendre «des mesures de toute nature» pour rétablir l'équilibre initialement prévu et, le cas échéant, ajuster les tarifs (lettres-clefs flottantes). La loi n° 2002-322 du 6 mars 2002, portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions libérales de santé et les organismes d'assurance maladie, avait supprimé le dispositif des lettres-clefs flottantes, sauf dans le cas où les professions concernées n'étaient pas sous convention. La suppression, par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, du dispositif des lettres-clefs flottantes revient à rétablir le système de fixation des tarifs par règlement conventionnel minimal (RCM) pour les professionnels de santé soumis à ce règlement. Ce RCM est établi par arrêté interministériel pris après consultation de la Cnamts, des organisations syndicales représentatives et, si besoin, du Conseil national de l'ordre des médecins. Il est opposable aux professionnels de santé «après consultation de la Cnamts» et des organisations syndicales représentatives. La loi précise, en complétant le IV de l'article L. 165-5-9, que le RCM «fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés en dehors des cas de dépassement autorisés».

- *Suppression des comités régionaux médicaux* : Le dispositif de régulation par les comités médicaux régionaux (CMR), qui avaient été institués par l'article 19 de l'ordonnance n° 63-345 du 24 avril 1996, sera également supprimé. Les CMR devaient examiner les cas de praticiens à qui les caisses de Sécurité sociale reprochaient des volumes de prescriptions non justifiés médicalement. Composés à parité de représentants des médecins libéraux et du contrôle médical de l'Assurance maladie, ils devaient servir d'instances pré-contentieuses. Mais ils n'ont jamais vraiment pu fonctionner et ont rapidement cessé toute activité. Les comités étant supprimés, les partenaires conventionnels se voient confier le soin de définir les outils visant à prévenir les pratiques abusives (art. 33).

- *Élargissement des missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville* : Les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont élargies. Le fonds devra désormais participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux organisées par les unions régionales des médecins exerçant à titre libéral et des pratiques professionnelles des médecins exerçant au sein des centres de santé organisés par les Urcam (Unions régionales des caisses d'assurance maladie). L'objectif visé, qui s'inscrit dans le cadre de la maîtrise médicalisée, est d'inciter les

médecins eux-mêmes à promouvoir une démarche qualité au bénéfice des patients. Le Fonds est doté de 20 millions d'euros au titre de l'exercice 2003.

- *Permanence des soins reconnue d'intérêt général* : La loi donne une base juridique à l'organisation de la permanence des soins qui se voit reconnaître un «but d'intérêt général» (*C. santé publ., art. L. 6325-1 nouveau*). Y participent les médecins exerçant à titre libéral et ceux exerçant dans les centres de santé. Leurs modalités de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, sont déterminées par voie conventionnelle.

### **► Médicaments : création du forfait générique**

- *Base de remboursement des médicaments* : Les conditions du remboursement des dépenses de médicaments par l'Assurance maladie (*CSS, art. L. 162-16*) sont modifiées par l'instauration d'un «forfait générique». Pour les médicaments figurant dans un groupe générique, les ministres de la Santé et de la Sécurité sociale pourront, par arrêté, limiter à un tarif forfaitaire de responsabilité la base de remboursement des frais exposés par les assurés. Ils disposeront ainsi de la possibilité de faire rembourser sur la base d'un même montant les médicaments princeps et les génériques. Lorsque ce forfait sera appliqué, si le patient souhaite se voir délivrer un médicament dont le prix est supérieur au tarif forfaitaire, il prendra alors à sa charge la différence de prix. Cette disposition vise ainsi à responsabiliser les assurés. L'institution du forfait générique est censée permettre de limiter la hausse de certaines dépenses de médicaments grâce à l'accroissement de la consommation de génériques ou à la diminution du prix des médicaments. Dans sa décision du 12 décembre 2002, par laquelle il a validé la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, le Conseil constitutionnel a formulé deux réserves d'interprétation au sujet du forfait générique. Ce dispositif laissant à la charge du patient la partie du prix du médicament excédant le tarif de responsabilité, la Haute juridiction a indiqué que : – des mesures d'information et de sensibilisation devront être prises auprès des médecins, des pharmaciens et des patients pour promouvoir l'usage des produits génériques dans tous les cas où un tarif de responsabilité serait instauré ; – l'arrêté déterminant le tarif de responsabilité ne saurait fixer celui-ci à un niveau méconnaissant le principe d'accès de tous aux soins garanti par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

- *Conditions de la délivrance des médicaments prescrits en dénomination commune internationale (DCI) par les pharmaciens* : Lorsqu'un pharmacien délivre une spécialité sur présentation d'une prescription en dénomination commune internationale (DCI), «la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'Assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraîné la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe » (*CSS, art. L. 162-16 modifié*). Cette disposition vise à empêcher les pharmaciens de délivrer, sur la base d'une prescription en DCI, un médicament princeps s'il est plus cher que le générique le plus cher du groupe. Si le princeps baisse son prix au niveau de celui des génériques, le pharmacien pourra cependant le délivrer. Le pharmacien qui ne respectera pas cette règle pourra se voir sanctionné par une amende.

### **► Ouverture d'un droit d'option pour les frontaliers français travaillant en Suisse**

Un droit d'option est ouvert aux frontaliers français travaillant en Suisse entre une affiliation au régime d'assurance maladie suisse, au régime général français ou, pendant une période transitoire, à un régime privé.

- *Situation antérieure* : exclusion de la CMU. La situation de ces travailleurs est régie par un accord sur la libre circulation des personnes conclu le 21 juin 1999 entre l'Union européenne et la Confédération helvétique qui organise notamment la coordination des régimes de Sécurité sociale (entré en vigueur le 1er juin 2002). Concernant le risque maladie, l'accord prévoit que les ressortissants communautaires et suisses qui résident dans l'espace communautaire mais qui travaillent en Suisse sont obligés de s'assurer au régime fédéral suisse. L'obligation s'étend aux membres de leur famille n'ayant pas d'activité professionnelle. Une annexe (II) à l'accord, ouvre toutefois, au profit des travailleurs frontaliers la faculté d'opter entre l'assujettissement dans le pays d'emploi ou dans le lieu de résidence. Le gouvernement français avait dans un premier temps choisi de s'exclure de cette annexe. En conséquence, le frontalier français était obligé de s'assurer auprès d'une assurance maladie suisse. La loi instituant la Couverture maladie universelle (CMU) avait, en outre, exclu du champ des bénéficiaires de la CMU les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elles-mêmes ou par un membre de leur famille sur le territoire d'un État étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie de cet État (CSS, art. L. 380-3 3°). Les frontaliers français travaillant en Suisse ne pouvaient donc pas être affiliés au Régime général français sur critère de résidence puisque disposant de la faculté d'être assuré au régime suisse.

- Une disposition spécifique aux frontaliers suisses : Le gouvernement français a finalement signé l'annexe II. En conséquence, la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 abroge le 3° de l'article L. 380-3 et insère un nouvel article, L. 380-3-1, dans le Code de la sécurité sociale. Celui-ci introduit au profit des frontaliers suisses un droit d'option concernant leur couverture maladie. Ce droit d'option s'exercera entre :

- Une affiliation au régime d'assurance maladie suisse. Selon les dispositions de l'accord du 21 juin 1999, les frontaliers français travaillant en Suisse doivent obligatoirement s'assurer auprès des assureurs privés suisses.

- Une affiliation au régime général français sur critère de résidence (CMU) : Les travailleurs frontaliers résidant en France et soumis obligatoirement à la législation suisse de sécurité sociale au titre des dispositions de l'accord du 21 juin 1999, mais qui sur leur demande seront exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie en application des dispositions dérogatoires de cet accord (annexe II), seront affiliés obligatoirement au régime général dans les conditions fixées par l'article L. 380-1: affiliation sur critère de résidence dans le cadre de la CMU. Les contrats d'assurance maladie qui couvraient les frontaliers sont dans ce cas résiliés de plein droit et les cotisations ou primes remboursées au prorata de la durée du contrat restant à courir. Si la garantie résultant de ces contrats est supérieure à celle assurée par le régime général, le contrat peut être maintenu par avenant avec réduction de prime.

- Possible couverture par un contrat d'assurance privé pendant une période transitoire : Toutefois, les personnes visées ci-dessus (exemptées d'affiliation au régime suisse) pourront demander, pour elles et leurs ayants droit, à ne pas relever du régime général français, pendant une période transitoire se terminant le 1er juin 2009, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie privé, qu'elles avaient le cas échéant souscrit, les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Il leur est ensuite possible à tout moment de renoncer à ce type de couverture. À la date de renonciation, le travailleur frontalier et ses ayants droit seront affiliés au Régime

général dans les conditions décrites ci-dessus (CSS, art. L. 380-1). Ne pourront bénéficier de ces dispositions les travailleurs frontaliers et leurs ayants droit affiliés au 1er juin 2002 au Régime général sur critère de résidence (CMU) en qualité d'anciens bénéficiaires de l'assurance personnelle.

Cette option est *ouverte aux titulaires de pensions ou de rentes suisses, ainsi qu'à leurs ayants droit*, résidant en France et en principe obligatoirement soumis à la législation suisse de sécurité sociale en application de l'accord du 21 juin 1999.

Les travailleurs frontaliers et les titulaires de pensions ou de rentes suisses affiliés au Régime général dans les conditions décrites ne seront assujettis ni à la CSG ni à la CRDS. Ils seront redevables d'une cotisation fixée en pourcentage du montant de leurs revenus définis selon les modalités relatives à la taxe d'habitation (CGI, art. 1417 IV). Le taux et les modalités de calcul de cette cotisation, ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis, seront fixés par décret. Cette cotisation sera prélevée dans les conditions de droit commun.

### ► Etablissements de santé

- Premières mesures du plan «Hôpital 2007»

La LFSS pour 2003 comporte les premières mesures du plan «Hôpital 2007», présenté par le ministre de la Santé Jean-François Mattéi le 20 novembre 2002.

- *Fusion du FMES et du FMCP* : Le Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) est fusionné à compter du 1er janvier 2003 avec le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) qui l'absorbe. Le FMES prendra alors le nom de «Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés». Ce fonds sera doté pour l'exercice 2003 de 450 millions d'euros (dont 300 millions d'euros d'aide à l'investissement). Un rapport retraçant l'activité du Fonds sera établi chaque année par la Caisse des dépôts et consignations et adressé aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Ce rapport dressera notamment un bilan des dotations allouées en fonction du statut et de la taille des établissements bénéficiaires.

- *Élargissement des attributions du FMES* : Les fonctions du FMES (*Loi. n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la Sécurité sociale pour 2001*) sont élargies. Le Fonds devra désormais financer «une mission d'expertise et d'audit hospitaliers» chargée :  
– de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé ; – et de diffuser auprès de ces établissements les références et recommandations de gestion hospitalière qu'elle élabore à partir des résultats d'audit. Le fonds prendra également en charge les frais de fonctionnement : – d'une mission chargée de conduire les expérimentations de financement des établissements de santé publics ou privés fondé sur une tarification à l'activité lancée par la présente loi ; – d'une mission nationale et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement.

- *Mise en place d'une tarification à l'activité expérimentée* sur la base du volontariat en 2003.

Le plan «Hôpital 2007» prévoit le lancement d'une expérimentation de modes de financement «fondés sur leurs activités » des établissements publics ou privés de santé en

remplacement des expériences menées en matière de «tarification à la pathologie» (*C. santé publique., art. L. 6122-19 modifié*).

Actuellement, il existe deux systèmes de financement pour les structures de soins. D'une part, le système de la dotation globale, qui concerne les hôpitaux publics et privés participant au service public et, d'autre part, un système de tarification à la journée (forfaits par journée et par prestation réalisée) pour les cliniques privées. Ces deux systèmes présentent des inconvénients.

La dotation globale, en ne liant que très faiblement le budget à l'activité réalisée, conduit soit à la constitution de rentes de situation malgré l'apport du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI), soit à un manque de financement pour les structures les plus actives. Pour les cliniques privées, les tarifs arrêtés ne reflètent qu'imparfaitement la réalité des coûts des établissements et peuvent conduire ceux-ci à se spécialiser dans les domaines les plus rémunérateurs. Dès lors, ils peuvent se traduire par des choix de spécialisation inadaptés aux besoins. La Cour des comptes, dans son rapport 2002 a souligné les faiblesses de ces deux mécanismes de financement. La modernisation des modes de financement des établissements impliquerait ainsi leur harmonisation afin, en particulier, de dynamiser les structures de soins et d'assurer une certaine équité entre les secteurs. Les expériences de tarification à l'activité s'effectueront en 2003 sur la base du volontariat. À cet effet sera lancé un appel à candidature en direction des établissements. L'expérience portera sur 40 d'entre eux. Elle devrait être généralisée à compter de 2004.

- *Création d'une mission spécifique* : Une «mission tarification à l'activité» a été installée par un arrêté du 20 novembre pour assurer le lancement de cette expérimentation et la mise en place de la tarification à l'activité. Elle a pour objectifs de construire et simuler les différents scénarios de mise en oeuvre d'une tarification à l'activité, d'accompagner les établissements expérimentateurs, de présenter aux professionnels les résultats des simulations et expérimentations et de proposer les différentes mesures d'aménagement réglementaires et d'accompagnement nécessaires pour réussir la généralisation progressive. Cette mission, placée sous l'autorité du ministre de la Santé, doit informer régulièrement les organismes représentatifs des établissements par le biais d'un comité de concertation et de suivi installé auprès d'elle. Le gouvernement remettra chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport d'étude sur la mise en oeuvre de la tarification à l'activité des établissements de soins.

- Ehpad : report de l'échéance de signature des conventions tripartites.

L'échéance pour la signature des conventions tripartites relatives au financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), initialement fixée au 31 décembre 2003 par la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, est reportée au 31 décembre 2005 et au 31 décembre 2006 pour les logements-foyers. La conclusion de ces conventions ayant pris beaucoup de retard (763 conventions signées au 30 juin 2002 alors que 8 000 étaient attendues au 31 décembre 2003), il convenait de repousser leur date limite de signature.

### **► Autres dispositions relatives à la branche maladie**

- Ressources de la Cnamts

- Augmentation de la part des droits sur les tabacs affectée à la Cnamts : la fraction du droit de consommation sur les tabacs affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) est relevée de 8,84% à 15,20%. Ces droits étant par

ailleurs augmentés. La Cnamts devrait bénéficier en 2003 de 700 millions d'euros supplémentaires.

– Création d'une cotisation sur les bières fortes : la Cnamts bénéficiera à compter du 1er janvier 2003 des revenus issus d'une nouvelle cotisation prélevée sur «les bières fortes» d'une teneur en alcool supérieure à 8,5% vol. (CSS, art. L. 245-13 à L. 245-13-6 nouveaux). Son montant s'élèvera à 200 € par hectolitre. Elle sera due par les entrepositaires agréés et les opérateurs qui «livrent directement ces bières aux détaillants ou aux consommateurs».

- Preretraite des médecins libéraux :

Le mécanisme de cessation anticipée d'activité destiné aux médecins libéraux (dit «Mica ») sera fermé à toute nouvelle entrée à partir du 1er octobre 2003, mesure adoptée pour répondre à la problématique de la démographie médicale française. Parallèlement, la loi introduit une incitation à la reprise d'activité à temps partiel pour les médecins et les infirmières en retraite.

- Transferts de compétences de l'État à la Cnamts ;

*Le financement de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et des centres de soins spécialisés aux toxicomanes sera transféré de l'État à l'Assurance maladie à partir de 2003.*

- Réseaux de soins :

L'agrément des réseaux de soins (dits «réseaux Soubie») créés en application de l'ordonnance du 24 avril 1996, est reporté d'un an et durera au plus tard jusqu'au 31 décembre 2004 (art. 35). Ce prolongement de la durée d'activité des réseaux expérimentaux agréés permettra de disposer du temps nécessaire à l'élaboration et à la mise en place de la nouvelle réglementation prévue pour les réseaux de santé.

## Année 2003 :

17 janvier 2003 : **La loi n° 2003-47** dite loi Fillon introduit, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2003, en programmant la montée en charge sur deux ans (1<sup>er</sup> juillet 2004 et 2005), une nouvelle réduction des cotisations patronales de Sécurité sociale appelée à remplacer la réduction bas-salaires de 1995 et l'allègement Aubry II. Elle était conçue initialement comme devant être maximale au niveau du smic, à hauteur de 26% du salaire brut puis dégressive pour s'annuler à 1,7 fois le smic. La dépense budgétaire étant trop lourde à supporter, ce dernier paramètre fut ramené à 1,6 fois le smic, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005. Le cumul avec l'aide Aubry I a été supprimé à compter du 1<sup>er</sup> avril 2004, pour les mêmes raisons économiques.

Cette nouvelle mesure s'accompagne du retour, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, au financement des allègements généraux de cotisations sociales par le budget de l'Etat (article L.131-7 du Code de la Sécurité sociale).

Avril 2003 : un rapport officiel suggère la création d'un dispositif d'aide à l'achat d'une complémentaire santé, financé par la remise en cause des exonérations fiscales et sociales dont bénéficient certains contrats. Cette remise en cause provoque une vive réaction négative à l'encontre de ce rapport.

19 avril 2003 : Un arrêté ramène le taux de remboursement de 65 % à 35 % pour les médicaments à service médical rendu modéré.

15 mai 2003 : La CCSS chiffre à 9,7 milliards d'euros le déficit de la branche maladie.

12 juin 2003 : Au congrès de la FNMF, Jacques Chirac insiste sur la nécessité d'une réforme pour rééquilibrer durablement les comptes de la Sécurité sociale.

Août 2003 : Episode catastrophique de la canicule.

21 août 2003 : **Loi n° 2003-775** portant réforme des retraites.

23 septembre 2003 : Le PLFSS 2004 a des ambitions limitées, car il vise essentiellement à stabiliser le déficit de l'Assurance maladie 2004 au niveau de 2003 : 11,2 milliards d'euros, alors que la projection montrait un trou abyssal de 14,7 milliards d'euros. La mesure la plus spectaculaire est une très forte hausse des taxes sur le tabac.

8 octobre 2003 : Un décret installe le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam). La présidence est confiée à Bertrand Fragonard. Cet organisme doit dresser un bilan du système de santé en France, et préparer en douceur la réforme.

16 décembre 2003 : La LFSS 2004 est publiée en même temps que plusieurs décrets destinés à limiter les dépenses d'assurance maladie : décret diminuant le taux de remboursement, revalorisation au 1<sup>er</sup> janvier 2004 du forfait hospitalier de 10,67 € à 13 €.

*Les déficits cumulés de la branche maladie du Régime général atteignent alors des niveaux sans précédents de 22,7 milliards d'euros pour les exercices 1999 à 2003, et les prévisions pour 2004 de la Commission des comptes Sécurité sociale de juin y ajoutent 12,8 autres milliards d'euros, dans un contexte de très faible croissance. Le PLFSS 2004 autorise l'Acoss à un emprunt considérable de 33 milliards d'euros (contre 15 milliards en 2003 et 4,4 milliards en 2002). L'Agence est aussi autorisée à recourir à des banques privées, et non seulement à la Caisse des dépôts et consignation.*

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2004

► [Loi de financement n° 2003-1199 du 18 décembre 2003](#) et [Décision du Conseil constitutionnel n° 2003-486 DC du 11 décembre 2003](#), JO du 19 décembre 2003.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8437, 6 janvier 2004]

Selon les dernières estimations de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, la branche maladie est la principale responsable de la dégradation de la situation du Régime général. La progression de ses charges entraîne un creusement rapide de son déficit qui s'établirait à 10,6 milliards d'euros en 2003. Hors mesures de la LFSS, celui-ci devait atteindre 14,1 milliards d'euros en 2004.

### ► Ondam

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année pour l'ensemble des régimes obligatoires de base l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. L'Ondam se compose de deux agrégats : les dépenses d'assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les

prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail ; les dépenses exécutées en établissements. Pour 2003, l'Ondam est révisé à 124,7 milliards d'euros. Pour 2004, il atteint 129,7 milliards d'euros en hausse de 4%. Selon l'annonce faite par Jean-François Mattei, ministre de la Santé, lors de la présentation du PLFSS pour 2004, il se décomposera ainsi: + 3,2% pour les soins de ville, + 4,2% pour l'hôpital, + 7,6% pour le médico-social. À l'intérieur de l'Ondam médico-social, les enveloppes « personnes âgées » et « personnes handicapées » augmenteront respectivement de 10% et de 6%. Cette hausse permettra de financer pour les personnes âgées une amélioration de la qualité dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes à travers notamment une médicalisation accrue des établissements, la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ainsi que l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou autres alternatives offertes aux personnes âgées et aux familles qui le souhaitent. L'augmentation des moyens consacrés aux personnes handicapées est destiné à permettre le développement des services de soutien et d'accompagnement à domicile, le renforcement des services de diagnostic et d'accompagnement précoce, l'encouragement de l'accueil temporaire, la poursuite du programme de rattrapage pour les régions connaissant les plus grands déficits en places et l'achèvement des opérations de maisons d'accueil spécialisées ou foyers d'accueil médicalisés n'ayant bénéficié jusqu'alors que de financements partiels.

## **Médicaments**

### **► Modalités d'inscription dans le groupe des génériques**

Pour tenir compte d'un arrêt du 31 mai 2000 du Conseil d'État, l'article 19 de la loi aménage la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique. L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) peut désormais délivrer une autorisation de mise sur le marché (AMM) d'une spécialité générique avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence. Elle informe de l'AMM le titulaire de l'AMM de la spécialité de référence. L'inscription de la spécialité générique dans le groupe des génériques, par le directeur général de l'Afssaps, peut ensuite avoir lieu au terme d'un délai de 60 jours suivant cette information. Toutefois, la commercialisation de la spécialité générique ne peut intervenir qu'après expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. Le directeur général de l'Afssaps tient à la disposition du public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence lorsque le titulaire de l'AMM de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies

### **► Validation des actes réglementaires diminuant le taux de remboursement de médicaments**

L'article 20 de la loi procède à la validation d'actes réglementaires qui ont pour effet de modifier le taux de remboursement de certains médicaments. Cette validation intervient après que le Conseil d'État ait annulé la décision de modification du remboursement de certains médicaments prévue par un arrêté du 14 septembre 2001 (*CE, sect. 20 juin 2003, n° 240194, Sté Servier Monde*). La décision de diminuer le taux de remboursement de ces médicaments de 65% à 35% avait été prise, conformément aux dispositions de l'article R. 322-1 du Code de la Sécurité sociale, après avis de la Commission de la transparence. Pour annuler cette décision, le Conseil d'État a considéré, dans son arrêt du 20 juin 2003, que l'avis de la commission de la transparence doit être motivé et ne peut se borner « à reprendre les termes de l'article R. 163-3 du Code de la Sécurité sociale, sans mentionner les raisons qui ont conduit la commission à estimer que le service médical rendu dans cette indication est insuffisant pour justifier sa prise en charge ». Deux autres arrêtés (de décembre 2001 et d'avril 2003) ayant été pris dans les

mêmes conditions que celui du 14 septembre 2001, la LFSS pour 2004 valide, sous réserve des dispositions de justice passées en force de chose jugée, l'ensemble des actes réglementaires qui ont pour effet de baisser le taux de remboursement de médicaments, adoptés avant le 1er juillet 2003, «en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la Commission de la transparence». Il s'agit d'éviter, qu'à l'avenir, et sur le même fondement, d'autres annulations ne remettent en cause la politique gouvernementale engagée dans le domaine du médicament.

### **Maîtrise médicalisée des dépenses de santé**

#### **► Renforcement du contrôle des arrêts de travail**

Pour limiter la hausse des indemnités journalières (IJ), l'article 42 de la loi tend à renforcer le contrôle des arrêts de travail.

- Plan de contrôle inséré dans la COG : La Convention d'objectif et de gestion signée entre l'État et la Cnamts comportera désormais «un plan de contrôle des prestations servies».

- Contrôle des gros prescripteurs : Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail d'un médecin apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, ces prescriptions seront systématiquement contrôlées. Les vérifications seront réalisées dans des conditions définies par la COG de la branche d'assurance maladie.

- Suspension du versement des IJ : Un salarié en arrêt de travail peut être examiné par un médecin à la suite d'une demande de contre-visite médicale émanant de son employeur. Lorsque le médecin constate, à cette occasion, l'absence de justification de l'arrêt de travail, il doit transmettre son avis au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie du salarié. Si ce service conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, la caisse suspend le versement des IJ après en avoir informé l'assuré. Par ailleurs, le praticien conseil du service du contrôle médical qui procède à l'examen d'un patient et estime qu'une prescription d'arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée en informe directement l'assuré. La caisse prononce alors la suspension des IJ à compter, sauf si le praticien conseil en décide autrement, de la date à laquelle le patient a été informé. Le rôle du service du contrôle médical concernant les prescriptions d'arrêt de travail est ainsi précisé.

- Champ des actes remboursés à 100% dans le cadre d'une ALD : Pour limiter la progression des dépenses remboursées aux patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), l'article 38 de la loi modifie la procédure d'accès au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur pour ces patients. Désormais, pour les personnes atteintes d'une ALD, le médecin traitant et le médecin-conseil établiront conjointement un protocole de diagnostic et de soins. Ce protocole, révisable, définira les actes et les prestations nécessités par l'affection et pour lesquels le patient bénéficiera d'une exonération (prise en charge à 100%) ou d'une limitation du ticket. Ils seront ainsi distingués des actes et autres soins non directement liés à l'affection principale et sur lesquels s'appliquera le ticket modérateur de droit commun. La liste prévue à l'article L. 322-3, 3° du Code de la Sécurité sociale, qui définit les ALD, comportera en annexe les critères médicaux «utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré» (*CSS, art. L. 322-3 modifié*). Ces nouvelles dispositions seront applicables aux patients pour lesquels un protocole de soins est élaboré ou renouvelé à compter de l'entrée en vigueur du décret qui en fixera les conditions d'application.

- Actes à faire figurer sur l'ordonnance : Le champ de l'obligation, pesant sur les médecins, d'inscrire sur l'ordonnance le caractère non remboursable des produits, prestations et actes

qu'ils prescrivent sera étendu, à compter du 15 février 2004, à ceux effectués en dehors des indications médicales prévues et à d'autres professionnels de santé (chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux) (*art. 40 de la loi*). La réalisation de ces actes ne donnera pas lieu à l'établissement d'une feuille de soins par le médecin. Les directeurs de laboratoires se voient appliquer une mesure similaire.

#### ► Développement des dispositifs d'incitation aux bonnes pratiques des médecins

• **Modernisation du régime juridique des Acbus** : La modernisation du régime juridique des accords de bon usage des soins (Acbus) doit permettre leur généralisation (*art. 43-I de la loi*).

- Validation scientifique par l'Anaes : Pour renforcer la légitimité médicale des Acbus, l'article 43-I prévoit que, lorsqu'ils comportent des engagements relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'efficacité des pratiques, ces accords doivent avoir reçu l'avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). L'Agence est tenue de se prononcer dans un délai de deux mois, à défaut de quoi son avis est réputé favorable (*CSS, art. L. 162-12-17 modifié*).

- Simplification des modalités de mise en œuvre : En application du dernier alinéa de l'actuel article L. 162-12-17, les accords nationaux et régionaux doivent être approuvés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Or, la lourdeur de cette procédure, qui intervient dans le délai de droit commun de 45 jours, contribue à retarder la mise en œuvre des accords. C'est pourquoi lui est substituée une nouvelle procédure (*art. 43-I de la loi*). Les Acbus pourront désormais être directement mis en œuvre par les signataires, sous réserve, pour les accords régionaux, de leur approbation préalable par le directeur de la Cnamts, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. Le ministre de la Santé ou son représentant dans la région, pour les Acbus régionaux, peuvent cependant suspendre l'application de ces contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale (*CSS, art. L. 162-12-17 modifié*).

• **Modernisation du régime juridique des contrats de bonne pratique** : Là encore, l'objectif poursuivi par la modernisation du régime juridique des contrats de bonne pratique de ces contrats. L'article L. 162-12-18 du Code de la Sécurité sociale, qui prévoit actuellement la possibilité pour les médecins conventionnés d'adhérer individuellement à des contrats de bonne pratique dans des conditions prévues par conventions nationales, est réécrit en conséquence (*art. 43-II de la loi*).

- Conclusion au niveau régional : Les Urcam et les représentants signataires des conventions nationales pourront désormais conclure des contrats de bonne pratique au niveau régional. Dans ce cas, les accords doivent être conformes aux objectifs et règles générales de mise en œuvre prévus par la convention nationale (*CSS, art. L. 162-12-18 modifié*).

- Définition des objectifs et modulation des aides : Les aides accordées aux professionnels de santé (complément forfaitaire de rémunération ou majoration de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales) seront modulées en fonction de critères d'expérience, de qualité des pratiques ou d'engagements concernant la formation, le lieu d'installation et d'exercice du médecin. En outre, les contrats pourront comprendre des engagements concernant spécifiquement la permanence des soins et l'implantation ou le maintien en zone sous médicalisée (*CSS, art. L. 162-12-18 modifié*).

- Validation scientifique par l'Anaes : L'article 43- Il vise à renforcer la légitimité médicale et scientifique des contrats de bonne pratique en prévoyant qu'ils doivent recevoir l'avis de l'Anaes lorsqu'ils comportent des engagements relatifs à la sécurité, à la qualité et à l'efficacité des pratiques. Celle-ci doit se prononcer dans un délai de deux mois, à défaut de quoi son avis est réputé favorable (CSS, art. L. 162-12-18 modifié).

- Simplification des modalités de mise en œuvre : Les contrats de bonne pratique, désormais distincts de la convention nationale, ne seront plus soumis à l'approbation du ministre de la Santé, sous réserve, pour les contrats régionaux, de l'approbation préalable du directeur de la Cnamts, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie. Le directeur de la Cnamts dispose d'un délai de 45 jours pour se prononcer, à défaut de quoi le contrat est réputé approuvé. Toutefois, l'application de ces contrats pourra être suspendue par le ministre de la Santé ou son représentant dans la région pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats sont contraires aux objectifs poursuivis par la convention médicale. Enfin, les contrats nationaux seront transmis par la Cnamts aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale. Les contrats régionaux seront, eux, transmis par les Urcam au préfet de région, et lorsqu'ils concernent les médecins, aux unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML) (CSS, art. L. 162-12-18 modifié).

#### • Modernisation du régime juridique des contrats de santé publique

L'article 45 de la loi aménage également les modalités de conclusion des contrats de santé publique sur le modèle des nouvelles procédures prévues pour les accords de bon usage des soins et les contrats de bonne pratique. Il prévoit donc l'intervention pour validation de l'Anaes (avec ici la nécessité d'un avis «favorable»), la possibilité d'une déclinaison régionale et l'aménagement des procédures d'approbation des contrats régionaux. Les contrats de santé publique se composent d'engagements relatifs à la participation des professionnels soit à des actions destinées à renforcer la permanence des soins, soit à des actions de prévention.

#### ► Conventions entre les Urcam et des groupements de médecins libéraux

L'article 44 confère aux Urcam (unions régionales des caisses d'assurance maladie) la possibilité de déléguer par convention certaines de leurs compétences de gestion du risque maladie à des groupements de médecins libéraux exerçant dans une aire géographique définie (CSS, art. L. 183-1-1 nouveau). L'objectif est de favoriser les échanges de bonnes pratiques entre médecins et de favoriser un suivi des patients cohérent. Les engagements de ces réseaux de professionnels peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la mise en œuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient ou la mise en œuvre d'actions de prévention et de dépistage. Ces contrats sont approuvés par le directeur de la Cnamts, après avis favorable du directeur d'au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, qui dispose de 45 jours pour se prononcer à compter de la réception du texte transmis par les signataires. À l'expiration de ce délai, le contrat est réputé approuvé.

#### **Etablissements de santé**

#### ► Passage progressif à la tarification à l'activité

Après les simulations et les expérimentations conduites en 2003 sur la base de l'article 25 de la LFSS pour 2003, les articles 22 à 34 de la loi organisent le passage progressif à la tarification à

l'activité de l'ensemble des établissements de santé publics et privés. À terme, la tarification à l'activité remplacera la dotation globale des hôpitaux et l'objectif quantifié national des cliniques. Avec ce nouveau système d'allocations des ressources, chaque établissement de santé sera rémunéré en fonction de la nature et du volume de son activité.

- **Champ d'application** : Le nouveau système de tarification s'appliquera à l'ensemble des activités MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), y compris les alternatives à la dialyse en centre et l'hospitalisation à domicile. Ce périmètre est établi quel que soit le statut de l'établissement, public ou privé. Deux catégories seront maintenues hors du champ de la réforme: les hôpitaux locaux et les établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées. Par ailleurs, les missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) seront financées forfaitairement et contractualisées entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation.
- **Mise en place progressive de la réforme** : La LFSS pour 2004 prévoit un passage progressif à la tarification à l'activité **entre 2004 et 2012** (art. 33 et 34). Le basculement de la tarification à l'activité se fera le 1er octobre 2004 pour les établissements privés. Pour les établissements publics et pour les établissements privés participant au service public, la transition aura lieu en trois étapes :
  - En 2004, le cadre budgétaire et comptable, la procédure budgétaire ainsi que les modalités d'allocation de ressources actuelles seront maintenus. En revanche, les budgets seront déterminés et ajustés sur la base de l'activité mesurée par le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).
  - La deuxième étape sera opérée fin 2004 avec la préparation de la campagne budgétaire 2005. La mise en place de la nouvelle procédure budgétaire implique une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements : les recettes liées à l'activité sortent du cadre de la dotation globale. Pour des raisons techniques, un circuit administratif et financier particulier sera donc mis en place.
  - La dernière étape permettra aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans passer par l'ARH, leurs prestations d'hospitalisation ainsi que les spécialités médicales et les prestations facturables en sus.

#### ► Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés

L'article 48 de la loi étend les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP). Il modifie l'article 40 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 qui prévoit que le FMESPP finance des dépenses de fonctionnement et l'investissement des établissements de santé, à l'exclusion de toute autre structure dispensant des soins. Dans le cadre du plan de relance de l'investissement hospitalier lié au plan «Hôpital 2007» est ajouté à cette mission le financement des mêmes dépenses engagées par les groupements de coopération sanitaires. Le FMESPP se voit, également, confier la mission de contribuer au financement des charges supportées par les établissements de santé retenus pour participer à l'expérimentation de l'évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la procédure d'accréditation menée par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). Par ailleurs et pour tirer les conséquences de la loi n° 2001-616 du 11 juillet 2001 relative à Mayotte, qui lui a conféré le statut de collectivité départementale, l'article 48 a étendu à celle-ci l'ensemble des missions du FMESPP. Enfin, l'article 48 fixe à 470 millions d'euros le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du FMESPP.

#### ► Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV)

Il est abondé en 2004 à hauteur de **15 millions d'e** (contre 20 millions d'e en 2003). Le montant maximal de ses dépenses en 2004 est fixé à 106 millions et la différence s'explique par le montant

des réserves du Fonds). Les missions du FAQSV sont, par ailleurs, élargies en vue du financement, jusqu'au 31 décembre 2006, des infrastructures relatives au partage de données médicales, à travers l'expérimentation, qui débutera en 2004, d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux dans quatre régions pilotes (*art. 47 de la loi*).

## Année 2004 :

Janvier 2004 : Lors des vœux présidentiels, J. Chirac souligne la nécessité de réaliser à l'été l'indispensable réforme de l'assurance maladie.

Le Premier ministre rappelle les principes de base de cette réforme :

- une assurance maladie universelle ;
- une contribution au financement dépendant des revenus de chacun ;
- un égal accès aux soins de qualité ;
- le rejet de toute privatisation de l'assurance maladie obligatoire ;
- le retour vers l'équilibre des comptes en 2007.

22 janvier 2004 : Le Hcaam adopte à l'unanimité son rapport qui présente un diagnostic sur le système de soins et de prise en charge des dépenses d'assurance maladie. Il conclut à l'urgence d'un redressement en améliorant la qualité ou en diminuant le coût. La concertation entre tous les acteurs se poursuit.

31 mars 2004 J. F. Mattei est remplacé par Philippe Douste-Blazy au Ministère chargé des Affaires sociales avec Xavier Bertrand au secrétariat d'Etat à l'assurance maladie.

## Plan Douste-Blazy (13 août 2004)

***Premier ministre : Jean-Pierre Raffarin, ministère chargé des Affaires sociales : Philippe Douste-Blazy, secrétariat d'Etat à l'Assurance maladie : Xavier Bertrand.***

### Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :

- L'article 1 énonce les principes fondamentaux qui doivent régir l'assurance maladie : le système est obligatoire, universel, solidaire. Chacun doit contribuer au financement en fonction de son revenu et indépendamment de son âge et de son état de santé. L'Etat est garant de l'accès effectif aux soins sur l'ensemble du territoire.
- Le titre 1 est relatif à la maîtrise des dépenses de santé en responsabilisant l'ensemble des acteurs :
- Instauration d'une participation forfaitaire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin : cette participation est fixée à 1 € et ne peut pas être prise en charge par les régimes complémentaires santé. Le Ticket modérateur d'ordre public (TMOP) fait sa réapparition sous cette forme. Les bénéficiaires de la CMU et les ayants droit mineurs en sont exonérés. Il est plafonné à un nombre maximum de participations forfaitaires.

- Création d'un dossier médical personnel (DMP) dont chaque assuré sera détenteur au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2007. Il comportera des éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé et les établissements. L'assuré autorisera la consultation de son DMP par le professionnel de santé. Mais pour optimiser le parcours de soins, la loi précise que si l'assuré refuse la consultation de son DMP, sa participation pourra être majorée. Ce DMP ne peut être consulté ni par les complémentaires santé, ni par les médecins du travail.
  - Le parcours de soins est organisé autour du médecin traitant. Chaque assuré devra en désigner un sous peine de voir ses remboursements minorés.
  - Pour inciter à une prise en charge coordonnée des soins, la convention médicale (signée le 17 janvier 2005) peut permettre des dépassements d'honoraires pour certains médecins spécialistes. Le dépassement d'honoraires est applicable en l'absence de passage par le médecin traitant. Les bénéficiaires de la CMU y sont également soumis.
  - Le dispositif des affections de longue durée est durci par la mise en place d'un protocole de soins établie par le médecin traitant. Le protocole est opposable et sa non-présentation entraîne la suppression de l'exonération du ticket modérateur lié à l'ALD.
  - La coordination de la prise en charge des soins par les régimes obligatoires et complémentaires est indispensable. Un décret définira des contrats responsables, qui ne devront pas couvrir les dépenses induites par un non-respect du parcours de soins, sous peine de perdre le bénéfice des exonérations fiscales et sociales. L'entrée en vigueur du cahier des charges des contrats responsables est fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2006.
  - Pour lutter contre les abus et les fraudes, la loi renforce le contrôle médical et sanctionne les pratiques abusives : arrêts de travail injustifiés, actes ou traitements ne respectant pas les bonnes pratiques. En cas de fraudes, des sanctions financières peuvent être prises à l'encontre de l'assuré ou du professionnel de santé.
  - La carte Sesam-Vitale sera dotée d'une photo de l'assuré.
  - Création d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire sous la forme d'un crédit d'impôt, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Elle concerne les personnes dont les revenus se situent au-dessus du plafond de la CMU, mais qui ne dépassent pas plus de 15 % ledit plafond.
- Le titre 2 est relatif à la nouvelle gouvernance du système de soins :
- Mise en place de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), institution qui va coordonner l'action des caisses d'assurance maladie : Cnamts, Canam, MSA. Cette Uncam bénéficie d'un transfert de compétences du pouvoir réglementaire en matière de fixation des taux de remboursements et d'inscription à la nomenclature des actes et prestations remboursables.

La Cnamts est dotée d'un conseil qui n'est plus d'administration (ce qui a permis le retour du Medef) dont le rôle est de délibérer sur les grandes orientations. L'ensemble des pouvoirs exécutifs est placé dans les mains du directeur de la Cnamts.

Création d'une Union des caisses de protection sociale complémentaires : Unocam et d'une Union des professionnels de santé : UPS. La négociation conventionnelle se passera entre l'Unocam et les professionnels de santé et l'Unocam y sera associée.

Au niveau régional, les Urcam voient leurs pouvoirs élargis par l'établissement d'un programme régional commun à l'ensemble des organismes de l'assurance maladie et des contrats de prestations de services. Des formules de coordination avec les autres acteurs sont esquissées avec des missions régionales de santé chargées de préparer et d'exercer les compétences conjointes de ces deux institutions et diriger alternativement pour un an par le directeur de l'Urcam et le directeur de l'ARH..

Création d'une Haute autorité de santé (HAS), autorité publique indépendante qui procédera à l'évaluation de l'utilité médicale des produits et actes médicaux remboursables. La HAS est chargée de promouvoir le bon usage des soins, elle intègre l'Anaes.

Le cadre conventionnel est révisé : les conditions d'application des conventions sont modifiées par allègement de la tutelle, création d'un droit d'opposition majoritaire et reconduction tacite. Le champ des conventions est élargi au domaine de répartition de l'offre de soins.

- Le titre 3 est à portée financière :

- La CADES reprend la dette de l'assurance maladie pour des sommes considérables : 50 milliards d'euros, ce qui correspond au total des trois précédentes reprises de dette (1994, 1996, 1998). Le taux de la CRDS n'est pas augmenté, mais la durée de vie de cette contribution et de la CADES est allongée sur plusieurs années (jusqu'à fin 2021).
- Passage du forfait hospitalier de 13 € à 14 € au 1<sup>er</sup> janvier 2005, puis 15 € en 2006, 16 € en 2007.
- Elargissement de l'assiette de la CSG des salariés et des chômeurs (l'abattement pour frais professionnels est réduit de 5 à 3 %).
- Relèvement de 0,4 point de la CSG sur les pensions de retraite et d'invalidité et les allocations de préretraite, de 0,7 point de la CSG sur les revenus du patrimoine et de placements et de 2 points de la CSG sur les jeux.
- Création d'une contribution additionnelle de 0,03 % à la CSG des sociétés acquittée par les entreprises.
- Le transfert d'une partie des droits de consommation sur le tabac du budget de l'Etat à la Cnamts (1 million d'euros).
- Légère majoration des contributions versées par l'industrie pharmaceutique.

- L'indépendance du secrétaire général de la Commission des comptes Sécurité sociale.
- La création d'un comité d'alerte composé de trois experts indépendants chargés d'alerter le Gouvernement avant le 1<sup>er</sup> juin en cas de dépassement de 0,75 % (soit environ 1 million d'euros) de l'Ondam inscrit dans la LFSS en vigueur.

*Ce volet recettes doit apporter 4,3 milliards d'euros à un plan d'amélioration de 15 milliards sur 3 ans de la situation de la Cnamts.*

### **Celle loi donna lieu aussi à 70 décrets d'application.**

Décret n° 2004-1048 du 4 octobre 2004 sur le respect de l'ordonnancier bizonne par les médecins (JO, n° 232, 5 octobre 2004)

Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 sur la reconnaissance de la maladie d'Alzheimer comme ALD (JO, n° 232, 5 octobre 2004)

Décret n° 2004-1050 du 4 octobre 2004 abrogeant le Cotsam du fait de la création de l'Institut des données de santé (JO, n° 232, 5 octobre 2004)

Décret n° 2004-1075 du 12 octobre 2004 sur l'organisation des branches d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles et sur la composition des conseils de la Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés et des Caisses primaires d'Assurance maladie (JO, n° 239, 13 octobre 2004)

Décret n° 2004-1076 du 12 octobre 2004 sur les informations à transmettre aux caisses de sécurité sociale en cas d'accident impliquant un tiers (JO, n° 239, 13 octobre 2004)

Décret n° 2004-1077 du 12 octobre 2004 sur le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'Assurance maladie (JO, n° 239, 13 octobre 2004)

Décret n° 2004-1078 du 12 octobre 2004 sur la composition et les modalités de fonctionnement du Comité de la démographie médicale (JO, n° 239, 13 octobre 2004)

Arrêté du 8 octobre 2004 sur la composition, les missions et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation (JO, n° 239, 13 octobre 2004)

Arrêté du 14 octobre 2004 relatif aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et siégeant au conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie (JO, n° 241, 15 octobre 2004)

Décret n°2004-1103 du 15 octobre 204 relatif à l'adaptation des dispositions réglementaires applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) (JO, n° 242, 20 octobre 2004)

Décret n° 2004-1139 du 26 octobre 204 créant la Haute Autorité de santé (JO, n° 251, 27 octobre 2004)

Décret n° 2004-1225 du 17 novembre 2004 sur la composition et le fonctionnement du Comité économique des produits de santé (JO, n° 269, 19 novembre 2004)

Décret n° 2004-1230 du 17 novembre 2004 sur la cotisation maladie (JO, n° 270, 20 novembre 2004)

Décret n° 2004-1281 du 26 novembre 2004 fixant les modalités de mise en œuvre de l'information des patients sur le coût des produits de santé délivrés (JO, n° 276, 27 novembre 2004)

Décret n° 2004-1282 du 26 novembre 2004 pris pour l'application des dispositions de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie relatives aux conseils des caisses d'Assurance maladie (JO, n° 276, 27 novembre 2004)

Décret n° 2004-1305 du 26 novembre 2004 pris pour l'application de l'article L. 161-145 du code de la Sécurité sociale relatif aux contributions versées à la Haute Autorité de santé au titre de la procédure prévue par mes articles L.6113-3 et L. 6113-4 du code de la Sécurité sociale (JO, n° 278, 30 novembre 2004)

Décret n° 2004-1306 du 29 novembre 2004 relatif à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'Assurance maladie et modifiant le code de la Sécurité sociale (JO, n° 278, 30 novembre 2004)

Décret n° 2004-1318 du 1<sup>er</sup> décembre 2004 relatif à la conclusion et à la reconduction des conventions et accords mentionnés à l'article L.162-15 du code de la Sécurité sociale (JO, n° 280, 2 décembre 2004)

Décret n° 2004-1319 du 1<sup>er</sup> décembre 2004 relatif à la participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales des professionnels de santé (JO, n° 280, 2 décembre 2004)

Décret n° 1327 du 2 décembre 2004 relatif aux missions régionales de santé (JO, n° 282, 4 décembre 2004)

Décret n° 2004-1328 du 2 décembre 2004 relatif aux arrêts de travail (JO, n° 282, 4 décembre 2004)

Décret n° 2004-1366 du 13 décembre 2004 sur l'inscription des actes et prestations au remboursement, mission désormais confiée à l'Uncam (JO, n° 294, 18 décembre 2004)

Décret n° 2004-1367 du 16 décembre 2004 sur le conditionnement des médicaments (JO, n° 294, 18 décembre 2004)

Décret n° 2004-1398 du 23 décembre 2004 sur les médicaments remboursables par l'Assurance maladie (JO, n° 300, 26 décembre 2004)

Décret n° 2004-1399 du 23 décembre 2004 sur les accords d'amélioration des pratiques hospitalières (JO, n° 300, 26 décembre 2004)

Décret n° 2004-1419 du 29 décembre 2004 relatif à la Commission d'évaluation des dispositifs médicaux (CEPP) (JO, n° 302, 29 décembre 2004)

Décret n° 2004-1446 du 23 décembre 2004 relatif à la composition de l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS) (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Décret n° 2004-1448 du 23 décembre 2004 sur l'indemnisation des prolongations d'arrêts maladie (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004 sur la mise en place du crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004 relatif à l'application de la participation forfaitaire de 1 euro prévue au titre II de l'article 322-2 du Code de la Sécurité Sociale et modifiant ledit Code (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Décret n° 2004-1454 du 23 décembre 2004 sur l'envoi tardif de l'avis d'interruption de travail ou de prolongation d'arrêt de travail (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Décret n° 2004-1456 du 23 décembre 2004 relatif à la consultation du médecin du travail par le médecin-conseil au cours d'un arrêt de travail de plus de trois mois (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Arrêté du 27 décembre 2004 fixant le montant du forfait journalier hospitalier (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Arrêté du 27 décembre 2004 sur la mise en place de l'Observatoire des risques médicaux (JO, n° 303, 30 décembre 2004)

Arrêté du 30 décembre 2004 relatif à l'attestation remise aux bénéficiaires d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Décret n° 2004-1490 du 30 décembre 2004 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L.322-2 du code de la Sécurité sociale et modifiant le code de la Sécurité sociale (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Arrêté du 29 décembre 2004 modifiant l'arrêté du 6 décembre 1996 fixant les modèles de statuts des unions ou fédérations d'organismes de Sécurité sociale (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Arrêté du 31 décembre 2004 modifiant l'arrêté du 29 avril 1997 fixant les modèles de statuts des unions régionales d'organismes de Sécurité sociale pour la formation et le perfectionnement (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Arrêté du 31 décembre 2004 fixant les modèles de statuts des caisses primaires d'Assurance maladie (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Arrêté du 31 décembre 2004 fixant les statuts des unions régionales des caisses d'Assurance maladie (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Arrêté du 31 décembre 2004 fixant les statuts types des unions pour la gestion des établissements des caisses d'Assurance maladie (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

Arrêté du 31 décembre 2004 fixant les modèles de statuts des unions ou fédérations d'organismes de la branche maladie du Régime général de la Sécurité sociale (JO, n° 304, 31 décembre 2004)

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2005

► [Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004](#), JO du 21/12/2004

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8563, 10 février 2005]

Concernant la branche maladie, la LFSS pour 2005 procède essentiellement à l'ajustement de dispositifs mis en place :

- par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, destinés à mieux maîtriser les dépenses de santé et à mettre en place une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ;
  - et par la LFSS pour 2004 concernant le passage à la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé.

### **Maîtrise des dépenses d'assurance maladie**

#### ► Participation forfaitaire du patient

La LFSS pour 2005 indique, par souci de précision et d'équité, que la participation forfaitaire créée par la loi 13 août 2004, que doivent acquitter les assurés lors de chaque acte ou consultation réalisé par un médecin et pour tout acte de biologie médicale, s'applique aux assurés des régimes spéciaux (fonctionnaires, mines, etc.). Elle précise, par ailleurs, que l'obligation pour l'organisme assureur de prendre en charge cette participation ne peut résulter que des dispositions expresses du contrat de prévoyance. À défaut de telles dispositions, la participation d'un euro est réputée non couverte par le contrat, ce qui rend celle-ci applicable aux contrats d'assurance maladie complémentaire en vigueur avant le 1er janvier 2005. Il s'agit d'éviter que la contribution forfaitaire soit prise en charge automatiquement par les mutuelles, institutions de prévoyance ou sociétés d'assurances. En effet, dans la plupart des contrats de prévoyance, collective ou individuelle, la définition du complément de prestation conduirait à ce que l'organisme assureur soit tenu de rembourser la participation forfaitaire de un euro, sauf à conclure un avenant. Mais, la négociation contractuelle ou la procédure conventionnelle étant très lourde, le risque était qu'elle n'aboutisse pas dès le 1er janvier.

#### ► Identification des médecins hospitaliers

Pour parvenir à une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses de santé, la loi du 13 août 2004 a mis en place différents outils tels que le médecin traitant et dossier médical partagé. Elle a, en outre, prévu de renforcer les contrôles sur la délivrance des arrêts de travail (renforcement précisé par les décrets n° 2004-1448, 1454 et 1456 du 3 décembre 2004) et la rédaction des protocoles de soins destinés aux assurés atteints d'une affection de longue durée. Pour rendre ces mesures effectives, la Cnam a besoin d'identifier individuellement chaque médecin qu'il soit libéral, hospitalier ou salarié dans un centre de santé. Or, dans ces deux derniers cas, l'identification était jusqu'à présent impossible. La LFSS pour 2005 prévoit en conséquence l'attribution d'un numéro d'identification individuelle aux praticiens hospitaliers et des centres de santé pour mieux contrôler leurs prescriptions.

### **► Utilisation frauduleuse de la carte Vitale**

Pour lutter contre les fraudes et les abus d'utilisation de la carte Vitale, la LFSS pour 2005 charge les caisses d'Assurance maladie d'inscrire sur une liste d'opposition les numéros des cartes en circulation et en cours de validité perdues, volées ou dénoncées. Les conditions de mise en oeuvre de cette liste seront fixées par les conventions, accords nationaux, contrats ou autres dispositions liant les professionnels de santé et l'assurance maladie.

### **► Missions du FMESPP**

Les missions du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) sont élargies au reversement aux établissements de santé des sommes dues au titre des dépenses évitées par l'application des accords de bonne pratique. Cette disposition est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre et Miquelon. La dotation du fonds pour l'année 2005 est, par ailleurs, fixée à 405 millions d'euros. Cette mesure organise le financement des dispositions de la loi du 13 août 2004 destinées à favoriser la conclusion d'accord-cadre en vue d'améliorer les pratiques hospitalières.

## ***Nouvelle gouvernance***

### **► Application des conventions médicales**

La LFSS pour 2005 prévoit que les conventions, l'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels conclus entre l'Assurance maladie et les organisations représentatives de professionnels de santé, arrivés à échéance ou résiliés, continuent de produire leurs effets tant qu'un nouvel accord ou convention ou règlement arbitral n'est pas publié au *Journal officiel*. Prolongeant les dispositions de la loi du 13 août 2004 qui a réformé leurs conditions de conclusion et d'application, cette mesure vise à garantir la continuité des dispositions des conventions médicales.

### **► Attribution des missions régionales de santé**

Les missions régionales de santé, dont la loi du 13 août 2004 a prévu la création sur la base d'une convention conclue entre l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam) et l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) de chaque région, sont étendues à la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et à l'évaluation de leur respect. L'objectif est de créer les conditions d'une meilleure coordination entre secteurs hospitalier et ambulatoire.

### **► Tarification à l'activité**

- Avances de trésorerie aux établissements de santé privés

Pour faciliter l'application de la T2A dans les établissements de santé privés, les Cnam se voient attribuer le droit d'accorder des avances de trésorerie à ces établissements et aux professionnels de santé y exerçant à titre libéral soumis à la nouvelle classification des prestations, pendant une durée de deux mois à compter de l'entrée en vigueur de celle-ci. Les motifs de ces avances sont la non-transmission par voie électronique ou l'impossibilité de traitement des

bordereaux de facturation liée à la nouvelle classification. Le montant de ces avances sera déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en oeuvre de la nouvelle classification.

#### - Majoration des prix et des TFR de médicaments dans les DOM

Le champ des majorations applicables, dans les DOM, aux prix des médicaments remboursables est élargi aux tarifs de responsabilité des médicaments et autres produits médicaux, aux médicaments rétrocédés et aux tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR). Ces majorations, dont les conditions d'application seront fixées par arrêté, ont pour objet de compenser les sujétions particulières qui, dans les DOM, grèvent le coût des médicaments en appliquant un coefficient correcteur en fonction des contraintes géographiques de ces collectivités.

#### ► Enseignants des établissements privés sous contrat

À compter du 1er septembre 2005, les maîtres et documentalistes agréés ou contractuels qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'État par contrat sont affiliés au régime d'assurance maladie des fonctionnaires de l'État dont relèvent les maîtres de l'enseignement public. Leur sont ainsi rendus applicables les articles L. 712-1 (prestations en cas de maladie, maternité, invalidité et décès), L. 712-3 (indemnités journalières), L. 712-9 alinéa 1 (cotisations maladie, maternité, invalidité) et L. 712-10 (cotisations pour des prestations nouvelles) du Code de la Sécurité sociale. Cette mesure vise à instaurer plus d'équité dans le traitement des maîtres de l'enseignement privé sous contrat vis-à-vis de ceux de l'enseignement public. Une disposition similaire est prévue pour les enseignants et documentalistes contractuels qui exercent leurs fonctions dans des associations ou des organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés sous contrat.

#### ► Ondam

La loi de financement de la Sécurité sociale fixe chaque année, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Celui-ci se compose de deux agrégats : les dépenses d'assurance maladie liées aux prestations exécutées en ville, qui comprennent les honoraires des médecins et autres professionnels de santé libéraux, les prescriptions de médicaments, de dispositifs médicaux et les indemnités journalières maladie et accidents du travail ; les dépenses des établissements de santé. Pour 2004, l'Ondam est révisé à 131 milliards d'euros. Pour 2005, il atteint 134,9 milliards d'euros, en hausse de 3,2% par rapport à 2004. L'Ondam « personnes âgées » (services de soins infirmiers à domicile et soins des établissements des personnes âgées dépendantes) enregistre en 2005 une hausse de 11 % (4,2 milliards d'euros). Par ailleurs, 330 millions d'euros sont affectés au secteur du handicap.

### **Ressources de la Sécurité sociale**

*Trois mesures de la LFSS pour 2005 visent à clarifier les recettes de la Sécurité sociale.*

#### ► Compensation des exonérations de cotisations sociales par l'Etat

L'article L. 131-7 du Code de la Sécurité sociale affirme le principe de la compensation à la Sécurité sociale de toute perte de recettes que lui occasionnerait une décision de l'État. Pour améliorer l'information du Parlement sur la bonne application de cette disposition, la LFSS pour 2005 met à la charge du gouvernement la remise aux deux assemblées parlementaires, chaque année, avant le 1er octobre, d'un rapport retraçant : différentes mesures donnant lieu à compensation (y compris celles ne donnant pas lieu à compensation intégrale); la ventilation de ces mesures par branche et par régime de base obligatoire ; leur évolution sur les trois derniers exercices clos, l'exercice en cours et celui à venir ; les mesures donnant lieu à application du principe de compensation envisagées pour l'année à venir ; le montant des créances sur l'État détenues par les organismes de Sécurité sociale ou par les fonds concourant à leur financement en application du principe de compensation.

### ► Organismes soumis à la C3S

Le champ des organismes soumis à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) est étendu, pour la contribution due, à compter du 1er janvier 2005, aux mutuelles et aux institutions de prévoyance.

### ► Extension aux mutuelles et institutions de prévoyance

Jusqu'à présent, le 9° de l'article L. 651-1 du Code de la Sécurité sociale soumettait à la C3S l'ensemble des sociétés financières par un simple renvoi aux catégories d'entreprises visées par l'article 235 *ter* du Code général des impôts, dont le dernier alinéa prévoit qu'il cesse d'être applicable aux dépenses et charges engagées à compter de 2004. Il était donc apparu nécessaire de clarifier cette situation. De plus, le droit communautaire de la concurrence imposait également une modification législative dans la mesure où les institutions financières et les entreprises d'assurances étaient soumises à la C3S sur le chiffre d'affaires réalisé au titre d'activités strictement identiques à celles réalisées par les mutuelles et institutions de prévoyance, qui en étaient pourtant exemptées. Le 9° de l'article L. 651-1 est donc modifié. Il assujettit désormais les mutuelles et les institutions de prévoyance à la C3S.

### ► Assiette spécifique

Mais, afin de limiter l'impact pour les mutuelles et les institutions de prévoyance de leur intégration dans le champ des entreprises soumises à la contribution, la LFSS pour 2005 définit de manière restrictive l'assiette sur laquelle leur C3S est calculée. Cette assiette est constituée, pour l'activité principale de ces organismes, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat. Elle ne comprend pas la fraction de leur chiffre d'affaires correspondant : aux contrats solidaires, aux contrats groupes (*visés aux 15° et 16° de l'article 995 du Code général des impôts*), aux remises de gestion qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité ainsi qu'à certaines subventions versées par le Fonds national de solidarité d'actions mutualistes.

### ► Affectation des fonds de la CNSA

La part des fonds de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) destinés aux personnes âgées (40%) et aux personnes handicapées (40%), affectée, selon le public accueilli, au financement des établissements sociaux et médico-sociaux par les régimes d'assurance maladie est délimitée : 48% sont destinés aux établissements pour personnes âgées et 15 % à ceux accueillant des personnes handicapées. Ainsi, au total, 480 millions d'euros issus des ressources de la CNSA seront versés à ces régimes pour assurer le financement de l'Ondam médico-social.

## **Recouvrement**

### **► Contributions acquittées par les entreprises pharmaceutiques**

Le recouvrement et le transfert des taxes acquittées par les laboratoires pharmaceutiques fait l'objet d'une nouvelle répartition des compétences au sein de la branche du recouvrement. Anciennement assurés directement par l'Acoss, ils sont transférés vers deux Urssaf désignées par le directeur de l'Agence centrale. Il pourrait s'agir des Urssaf de Paris et Lyon. Sont concernées la contribution due sur les ventes directes, la clause de sauvegarde de l'Ondam, la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments, la contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux, la contribution dite « remise conventionnelle », la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires issue de la LFSS pour 2004 et la contribution sur le chiffre d'affaires instaurée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. L'Acoss conserve en revanche le recouvrement de la taxe sur les contrats d'assurance des véhicules à moteur. La mesure de transfert s'applique non seulement aux opérations de recouvrement et de contrôle relatives aux contributions dues postérieurement au 1er janvier 2005 mais également à celles qui ont été effectuées par l'Acoss au titre des contributions exigibles antérieurement à cette date. Ce transfert de compétences vise à recentrer l'Acoss sur ses missions fondamentales tête de réseau pour laisser aux Urssaf la tâche de procéder aux opérations de recouvrement.

### **► Indus de prestations sociales**

Les pouvoirs dont disposent les Urssaf pour assurer le recouvrement des cotisations et contributions sociales sont étendus aux caisses de Sécurité sociale ainsi qu'aux caisses de MSA (Mutualité sociale agricole). Celles-ci se voient, en effet, attribuer la possibilité d'utiliser pour le recouvrement des prestations indûment versées la procédure de mise en demeure prévue aux 6e et 8e alinéas de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale, qui est actuellement réservée aux seules erreurs de droit par les professionnels de santé (inobservation des règles de tarification ou de facturation). Le recouvrement de l'indu est, par ailleurs, lui-même, étendu. Il peut désormais être réalisé auprès des établissements de santé.

### **► Hausse des recettes de la Cnamts**

La fraction du droit de consommation sur les tabacs affectée à la Cnamts est portée de 21,42% à 32,50% pour les sommes à percevoir à compter du 1er janvier 2005. Cette mesure concrétise l'engagement pris par le gouvernement, dans le cadre de la réforme de l'Assurance maladie, de lui rétrocéder 1 milliard d'euros de recettes à titre d'indemnisation de l'insuffisance de compensations dont elle fut victime lors de la mise en place des 35 heures. Cette rétrocession est en outre majorée de 90 millions d'e pour compenser en

partie la Cnamts de la perte de cotisations sur les boissons alcoolisées au profit du Fonds de financement de la CMU prévue par la loi de Finances pour 2005

### Année 2005 :

- [Arrêté du 3 février 2005](#) : il fixe une nouvelle convention médicale unique pour les généralistes comme pour les spécialistes (JO du 11 février 2005)

Elle instaure, entre autre, la RMT de 40 € : le médecin traitant conventionné reçoit une rémunération spécifique annuelle pour ces patients atteints d'une affection longue durée (ALD).

11 février 2005 : La **loi n° 2005-12** pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes âgées réforme et élargit le rôle de la Caisse nationale pour l'autonomie des personnes âgées créée le 30 juin 2004 (**Loi n° 2004-626**).

Cette caisse nationale emprunte à la Sécurité sociale, au titre de ses ressources, une toute petite partie de la CSG (0,1 %) aux côtés d'un nouveau prélèvement : la contribution pour la solidarité autonomie (au taux de 0,3 %) acquittée par les employeurs redevables d'une cotisation patronale d'assurance maladie et les titulaires de revenus du patrimoine et de placements, en contrepartie pour les premiers de l'allongement négocié d'une journée de la durée du travail des salariés, ou, à défaut, de la transformation en jour travaillé du lundi de Pentecôte.

- Arrêté du 8 mars 2005, J.O. du 3/04/05, portant classement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (La CNSA est assimilée à un organisme du régime général de sécurité sociale de catégorie A).
- Arrêté du 21 mars 2005, J.O. du 30/03/05, portant approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- Arrêté du 22 mars 2005 portant nomination à l'Observatoire des risques médicaux institué à l'article L.1142-29 du code de la Santé publique (JO, n° 79, 5 avril 2005)
- Arrêté du 11 avril 2005 portant approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public chargé de mettre en place le dossier médical personnel (JO, n° 85, 12 avril 2005)
- Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles (JO, n° 88, 15 avril 2004)
- Décret n° 2005-373 du 20 avril 2005 relatif à la composition et au fonctionnement des instances dirigeantes et du conseil scientifique de la CNSA (JO. du 23 mars 2005)
- Arrêté du 26 mai 2005, J.O. du 01/06/05, portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialiste
- Décret n° 2005-590 du 27 mai 2005 relatif à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (JO, n° 124, 29 mai 2005)
- Décret du 24 juin 2005 portant nomination du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
- Arrêté du 29 juillet 2005 portant approbation des avenants n° 5, 6 et 8 de la Convention nationale des médecins (JO, 7 août 2005)

- 2 août 2005 : Loi organique n° 2005-881 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (voir supra la rubrique : Loi organique... pour le contenu de cette loi ).

Arrêté du 16 août 2005 portant approbation de l'avenant n° 7 de la Convention nationale des médecins (JO, 26 août 2005)

Décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 pris pour l'application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) qui instaure un dispositif de pénalités financières graduées jusqu'à 5 000 euros contre les professionnels de santé, assurés, établissements de santé ou employeurs auteurs d'abus ou de fraudes à l'assurance maladie (J.O n° 197 du 25 août 2005)

Décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005 relatif au contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide et modifiant le Code de la Sécurité sociale

Décret n° 2005-1343 du 28 octobre 2005, , révisant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé (JO. du 30 octobre 2005)

Décret n° 2005-1368 du 3 novembre 2005, J.O. du 4/11/05, relatif à la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (de 7,5 % à 12,5 % du tarif servant de base). Les pénalités financières seront appliquées ai 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Décret n° 2005-1369 du 3 novembre 2005 fixant les conditions dans lesquelles la majoration prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale n'est pas appliquée

- Décret, JO du 31 décembre 2005 relatif aux aides à l'installation et au maintien des professionnels de santé et des centres de santé dans les zones où l'offre de soins est déficitaire.

## Loi organique 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale

[Loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005](#), et [rectificatif](#), JO du 3 août 2005 et [Décision n° 2005-519 DC du 29 juillet 2005](#), JO du 3 août 2005.

Les principales dispositions sont les suivantes :

Création d'une annexe spécifique devant rendre compte tous les ans de l'application de la règle (fixée par la loi ordinaire) de la compensation intégrale par le budget de l'Etat de toutes les mesures d'exonération ou de réduction des taux ou de l'assiette des cotisations ou contributions ;

Le vote dans le cadre de la LFSS et en cohérence avec les projets de lois de finances, initiale et rectificative, du montant de la compensation résultant de cette annexe ;

Le monopole donné aux LFSS de statuer sur les éventuelles mises en exception à ce principe de compensation intégrale ;

L'obligation par le gouvernement d'informer le Parlement deux fois par an de l'état des créances de la Sécurité sociale sur les collectivités publiques, disposition à laquelle le

Conseil constitutionnel a conféré un caractère organique dans sa décision n° 2005-519 du 29 juillet 2005.

La suppression du transfert de la dette sur les générations futures. Tout transfert de dette doit être accompagné d'une augmentation des recettes de la cotisation permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

Étalée sur deux ans, la mise en œuvre de la loi organique sera le fait pour l'essentiel de la loi de financement de la Sécurité sociale 2006.

Parallèlement la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001 relative aux lois de finances, qui entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2006, introduit une articulation entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale, en instituant une conférence budgétaire spécifique dédiée aux très nombreux sujets participants de la relation entre l'Etat et la Sécurité sociale.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2006

[Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005](#) et décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005, JO du 21/12/2005.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 8650, 5 janvier 2006]

Les mesures relatives à l'assurance maladie s'ajoutent aux dispositions de la loi du 13 août 2004 qui sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Elles sont les suivantes :

### ► Participation forfaitaire du patient de 18 €

*La LFSS rend le forfait journalier non imputable sur le montant de la participation de l'assuré restant à sa charge lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation les frais engagés dépassent un certain montant. Ce système met en place le cadre juridique nécessaire à la création, par décret, d'une participation forfaitaire du patient de 18 euros pour les actes médicaux réalisés à l'occasion d'une hospitalisation d'une valeur supérieure à 91 euros (à l'exception des actes de biologie et d'imagerie médicale).*

Les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente d'accident du travail ou d'une pension d'invalidité et les personnes reconnues atteintes d'une affection de longue durée en seraient exonérées. Par ailleurs, la franchise sera intégralement couverte par les contrats de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), gérés par les régimes obligatoires comme par les organismes complémentaires.

Cette mesure devrait permettre à la Sécurité sociale d'économiser environ 100 millions d'euros, dont 84 millions pour le régime général.

### ► Contrats responsables

L'entrée en vigueur des contrats responsables, prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2006, est aménagée. Ces contrats sont mis en place par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, pour s'assurer du respect par les assurés du parcours de soins coordonné. Pour bénéficier des incitations fiscales et/ou sociales réservées à ces

nouveaux contrats, les contrats d'assurance complémentaire santé doivent être adaptés. Ils doivent, en effet, respecter un cahier des charges dont le contenu a été fixé par un décret publié le 30 septembre 2005.

Des reports d'entrée en vigueur sont prévus :

- Contrats liés à un accord collectif de branche : le report est fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2006 ; cela est lié à la publication tardive du décret fixant le cahier des charges des contrats responsables. L'octroi d'un délai supplémentaire de six mois vise ainsi à permettre aux partenaires sociaux de disposer du temps nécessaire à la renégociation des contrats complémentaires collectifs pour les mettre en conformité avec les nouvelles règles.
- Contrats offrant des garanties partielles : la loi reporte du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008 la date limite à laquelle les contrats, bulletin d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou ne prenant en charge que certains spécialités ou dispositifs médicaux, doivent se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables.
- Actions de prévention : l'obligation d'inclure des actions de prévention dans les contrats responsables est reportée de six mois. Le décret du 29 septembre précité, relatif au cahier des charges, a prévu que, dans le cadre des contrats responsables, l'assuré doit bénéficier d'une prise en charge totale d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations, qui doit être fixée par arrêté ministériel, est en cours d'élaboration sous l'égide de la Haute Autorité de santé. Dans la mesure où elle n'est pas publiée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'entrée en vigueur de la mesure est reportée au 1<sup>er</sup> juillet 2006.
- CMU complémentaire : la loi soumet les contrats de Couverture universelle complémentaire aux mêmes obligations que les contrats responsables.
- Contrats CMU-C : le panier de soins pris en charge au titre du dispositif de la CMU-C pourra désormais être limité par décret afin de respecter les dispositions relatives aux contrats responsables. Il pourra également être restreint pour prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.
- Contrats de sortie CMU-C : les bénéficiaires de la CMU-C disposent, à l'expiration de leurs droits à cette couverture, d'une prolongation d'un an de leur contrat de couverture complémentaire, lorsque leur contrat est géré par un organisme de protection sociale complémentaire. Le contrat maintenu doit offrir une couverture équivalente au contrat CMU-C. La loi crée une dérogation à cette règle en précisant que ce contrat doit respecter le cahier des charges des contrats responsables et ne pas prendre en charge les majorations applicables en cas de non-respect du parcours de soins coordonné. Cette mesure s'applique aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Ceux en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006, de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance.

Une modification du contrat est prévue : toute addition ou modification apportée à un contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties (article L.112-3 du code des assurances). Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé, individuel ou collectif, visant à le mettre en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables, est désormais réputée acceptée à

défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur doit toutefois informer ce dernier par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques sociales, fiscales et tarifaires qui résulteront de sa décision. Le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai de 30 jours, et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. Cette mesure est entrée en vigueur le 21 décembre 2005.

Garanties minimales : la loi précise le champ des garanties minimales que doivent comporter les contrats responsables. Ces dernières ne couvrent pas les spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

#### ► Médecins traitants

La loi apporte quelques assouplissements au parcours de soins coordonnés mis en place par la loi du 13 août 2004.

- Installation des jeunes médecins : les dispositions relatives au parcours de soins coordonnés pourraient se traduire pour les médecins qui s'installent par une difficulté supplémentaire pour se constituer une clientèle. Pour éviter ce risque, il est prévu que, pendant une durée fixée à 5 ans par décret n° 2006-1 du 2 janvier 2006, un patient qui consulte un médecin récemment installé, qui n'est pas son médecin traitant, ne soit pas considéré comme dérogeant au parcours de soins coordonnés. La mesure concerne la première installation d'un médecin ou son installation dans une des zones déficitaires définies par la mission régionale de santé.
- Exercice en cabinet médical ou centre de santé : les médecins exerçant au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé peuvent être conjointement désignés médecins traitants.

#### ► Réduction ou exonération du ticket modérateur

Les conditions de limitation ou de réduction de la participation de l'assuré aux frais de santé relèvent dorénavant de la compétence de l'Etat. Ils sont, en effet, déterminés par décret au Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

#### ► Affections de longue durée

Les règles relatives au protocole de soins des patients en affection de longue durée ont été modifiées par la loi du 13 août 2004. Ce nouveau protocole se substitue progressivement à l'ancien. La PLFSS organise donc une période de transition destinée à éviter que les personnes concernées soient pénalisées pour non-respect du parcours de soins coordonné. Ainsi, les patients reconnus atteints d'une ALD avant le 15 novembre 2005 et ayant désigné leur médecin traitant, ne seront pas pénalisés pour non-respect du parcours de soins. Jusqu'à l'élaboration de leur nouveau protocole de soins et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2008, ils bénéficieront donc du maintien de l'exonération du ticket modérateur et ne se verront pas appliquer de dépassements d'honoraires.

#### ► Aides aux remplacements des médecins

La loi du 13 août 2004 avait prévu la possibilité d'aides conventionnelles aux médecins qui s'installent et à ceux qui sont déjà installés dans une zone déficitaire. Cette possibilité est étendue aux médecins remplaçants, la période de remplacement étant une période propice pour orienter le choix d'installation des jeunes professionnels.

► Dépassements d'honoraires pour les bénéficiaires de la CMU-C

Les médecins sont autorisés, par l'article L.162-5-13 du Code de la Sécurité sociale à dépasser les tarifs conventionnels pour leurs patients bénéficiaires de la CMU-C en cas d'exigence particulière du patient. La loi précise qu'il s'agit notamment des cas de visite médicalement injustifiée.

► Financement de la CMU-C

Le taux de participation des organismes complémentaires santé au Fonds de financement de la protection complémentaire de la Couverture maladie universelle (CMU-C) est relevé de 1,75 % à 2,5 %. En contrepartie, le forfait attribué aux organismes complémentaires pour la prise en charge d'une personne en CMU complémentaire est relevé à 340 € par an (contre 304,52 € en 2005).

► Revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C (de 15 % au maximum) de bénéficier d'une aide pour souscrire une assurance complémentaire santé. Afin d'améliorer l'attractivité de ce dispositif qui n'a pas encore rencontré le succès espéré lors de sa mise en place, les montants annuels de l'aide sont relevés : de 75 € à 100 € pour les personnes de moins de 25 ans, de 150 € à 200 € pour celles âgées de 26 ans à 59 ans, de 250 à 400 € pour celles de plus de 60 ans. Ces nouveaux montants s'appliquent aux nouveaux droits effectifs à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. A l'inverse, pour les droits qui ont débuté en 2005, ce sont les anciens montants qui s'appliqueront jusqu'à l'extinction du droit.

► Prolongement des prestations en espèces des chômeurs et détenus

La PLFSS met en place deux dispositifs destinés à éviter une rupture dans les droits aux prestations en espèces (indemnités journalières et pensions d'invalidité), pour les chômeurs qui reprennent une activité et les anciens détenus.

- Les chômeurs indemnisés par le régime d'assurance chômage ou de solidarité qui reprennent une activité voient actuellement leur couverture maladie s'interrompre jusqu'à ce qu'ils reconstituent leurs droits à prestation d'assurance maladie. Afin de favoriser leur retour à l'emploi, la loi prévoit qu'ils bénéficieront désormais du maintien de leurs droits antérieurs à prestations pendant une durée qui sera déterminée par décret. Cette durée devra correspondre au temps nécessaire à l'acquisition de droits équivalents au titre de leur nouvelle activité. La mesure s'appliquera également aux personnes en congé de conversion ou en convention de reclassement personnalisée. Grâce à ces nouvelles dispositions, les personnes concernées ne seront plus privées d'indemnisation maladie ou maternité en cas d'arrêt de travail survenant seulement quelques semaines après leur reprise d'activité.
- Des dispositions similaires sont accordées aux anciens détenus. Pour ces derniers, une seule journée d'incarcération entraînait la perte de tous les droits aux prestations en espèces acquis antérieurement que cette incarcération soit provisoire ou qu'elle corresponde à l'exécution d'une peine. Il leur sera dorénavant

permis de recouvrer, dans des conditions qui seront précisées par décret, les droits à prestations en espèces dont ils bénéficiaient lors de leur incarcération, augmentés le cas échéant des droits acquis en prison pendant la période de détention provisoire. Pendant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient antérieurement bénéficieront également du maintien de son versement. De plus, leurs ayants droit percevront, le cas échéant, le capital décès prévu à l'article L. 361-1 du Code de la Sécurité sociale.

► Fin de la majoration du taux de liquidation des IJ de plus de six mois

L'augmentation de la CSG sur les indemnités pour maladie à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1998 avait conduit à créer une majoration du taux de liquidation des indemnités journalières de plus de six mois afin de ne pas pénaliser les assurés en cours d'indemnisation à cette date. Cette différence circonstancielle ne se justifie plus aujourd'hui. Par conséquent, la loi la supprime à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, en réservant cependant le cas des arrêts de travail en cours atteignant à cette date le septième mois d'indemnisation continue. La suppression concerne donc les arrêts de travail prescrits à compter du 2 juillet 2005.

► Ondam 2006

L'article 1<sup>er</sup> de la loi organique du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la Sécurité sociale dispose que le PLFSS fixe l'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) de l'ensemble des régimes obligatoires de base. Pour 2006, l'objectif est fixé à 140,7 milliards d'€, en hausse de 2,5 % par rapport à 2005. Il se décompose en six sous-objectifs : 65,3 milliards pour les soins de ville, 45,8 milliards pour les établissements de santé à l'activité, 17,9 milliards pour les autres établissements de santé, 4,3 milliards pour les personnes âgées, 6,6 milliards pour les personnes handicapées, 0,7 milliard pour les autres dépenses de soins (soins pour les ressortissants français à l'étranger, dotation nationale en faveur des réseaux et des dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA).

Année 2006 :

Décret n° 2006-1 du 2 janvier 2006, J.O. du 3/01/06 stipulant qu'aucune pénalité financière n'est prévue pour toute consultation, sans passer par le médecin traitant, de médecins généralistes s'installant pour la première fois en exercice libéral ou dans une région en manque de médecins.

Décret n° 2006-6 sur l'hébergement de données de santé à caractère personnel (Journal Officiel - 5 janvier 2006)

Arrêté du 17 janvier 2006 portant approbation de l'avenant n° 9 de la Convention nationale des médecins (JO, 26 janvier 2006)

Arrêté du 24 janvier 2006 portant approbation des avenants n° 10 et 11 de la Convention nationale des médecins (JO, 2 février 2006)

Décret n° 2006-83 du 27 janvier 2006, JO du 28/01/06, pris en application de l'ordonnance n° 2005-1528 du 8 décembre 2005 relative à la création du régime social des indépendants

Arrêté du 27 janvier 2006 fixant la date des élections des membres des conseils d'administration des caisses de base du Régime social des indépendants au 3 avril 2006.

Arrêté du 30 janvier 2006, JO du 02/02/06, fixant la liste des assurés sociaux qui doivent être affiliés à une caisse de base du Régime social des indépendants autre que la caisse du lieu de la résidence

Arrêté du 23 mars 2006 portant approbation de l'avenant n° 12 de la Convention nationale des médecins (JO, 30 mars 2006)

Décret simple 2006-643 du 31 mai 2006 relatif à l'indemnisation du président du conseil d'administration et du président du comité d'orientation du groupement d'intérêt public dénommé « Groupement de préfiguration du dossier médical personnel

Arrêté interministériel du 31 mai 2006 fixant le montant des indemnités susceptibles d'être allouées au président du conseil d'administration et au président du comité d'orientation du groupement d'intérêt public dénommé « Groupement de préfiguration du dossier médical personnel »

Arrêté interministériel du 06 juillet 2006 portant approbation des modifications apportées à la convention constitutive du groupement de préfiguration du dossier médical personnel

Décret n° 2006-653 du 2 juin 2006 relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles

Arrêté du 8 juin 2006, JO du 18/06/06, pris pour l'application de l'article L. 871-1 du code de la Sécurité sociale et fixant la liste des prestations de prévention devant être prises en charge dans les contrats responsables

Arrêté du 12 juin 2006 portant approbation de l'avenant n° 13 de la Convention nationale des médecins (JO, 25 juillet 2006)

Décret du 30 juin 2006, JO du 01/07/06, portant nomination du directeur général de la Caisse nationale du régime social des indépendants - M. Liger Dominique

Arrêté du 21 juin 2006 fixant les modèles de statuts des caisses de base du RSI communes aux groupes professionnels des artisans, des industriels et commerçants

Arrêté du 21 juin 2006 fixant les modèles de statuts des caisses de base du RSI du groupe des professions libérales

Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006, JO du 23/07/06, relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé

1<sup>er</sup> septembre 2006 : entrée en vigueur du forfait de 18 euros pour les actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros dispensés dans les hôpitaux publics et les cliniques privées (actes inscrits à la classification commune des actes médicaux) ou actes inscrits à la nomenclature générale des actes médicaux affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50.

Est exempté de ce forfait : l'ensemble des actes de radiographie, d'imagerie par résonance magnétique et de scanographie.

La participation de l'assuré est supprimé dans certains cas précis, par exemple lorsque l'hospitalisation dépasse 31 jours consécutifs. Ce forfait peut être pris en charge par les complémentaires.

Septembre 2006 : le déficit de l'Assurance maladie est passé de 11,6 milliards d'euros en 2004 à 6,3 milliards d'euros en 2006.

De 7 % en 2002, la croissance des dépenses de l'Assurance maladie ne sera que de 2,5 % environ, soit moins que l'évolution du PIB en valeur.

Mais cette embellie financière est trompeuse, car il sera difficile de maintenir aussi bas la hausse des dépenses de l'Assurance maladie dans l'avenir, sauf à redéfinir le panier de soins pris en charge.

### Plan de redressement de Xavier Bertrand (5 septembre 2006)

Ministre chargé de la Santé : Xavier Bertrand

#### **Plan de redressement des comptes de l'Assurance maladie de 350 millions d'euros, dont 56 % du total correspondent à des gels de crédit (Communiqué de presse du 5 septembre 2006).**

Chaque année, la loi de financement de la Sécurité sociale fixe l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Le Gouvernement souhaite adopter des mesures permettant de poursuivre le redressement des comptes de l'Assurance maladie.

La réforme de l'Assurance maladie porte ses fruits et la branche maladie poursuit son redressement amorcé en 2004 et confirmé en 2005. Ce redressement est d'abord dû à la progression maîtrisée des dépenses d'assurance maladie. Elle a été contenue en 2005 à 3,9%, contre 4,9 % en 2004 et 6,4% en 2003. Pour la première fois depuis 1997, le niveau d'ONDAM voté par le Parlement pour 2005, soit 135 Md€, a été quasiment respecté. Les sept premiers mois de l'année 2006 confirment cette inflexion dans l'évolution des dépenses d'assurance maladie, avec une progression de l'Ondam de 2,8% par rapport à la même période 2005. En particulier, la croissance des soins de ville reste modérée, à +2,1 %. Le mouvement de baisse des indemnités journalières se confirme (-3,4 %), ainsi qu'une croissance relativement contenue des prescriptions (+ 3 %). Très attentif à la progression des dépenses, Xavier Bertrand, ministre de la Santé et des Solidarités, a réuni régulièrement et aujourd'hui encore le comité de suivi de l'Ondam. Lors de la réunion de ce jour, le comité a constaté une progression au-delà des objectifs de dépenses des établissements de santé privés et confirmé le constat fait par la Commission des comptes de juin dernier d'un risque de dépassement dû au retard de mise en oeuvre de certaines mesures portant notamment sur le médicament. Aussi, Xavier Bertrand a décidé de prendre un certain nombre de mesures afin de contenir cette évolution et de garantir le redressement des comptes de l'Assurance maladie, sans que cela n'implique de nouveaux efforts pour les assurés. A ce titre, Bertrand a décidé d'engager une concertation avec les fédérations hospitalières en vue de procéder à une baisse des tarifs des établissements de santé privés, compte tenu des données d'activité constatées dans ces établissements au cours des premiers mois de 2006 par les services de l'Assurance maladie et qui sont nettement supérieures aux prévisions. Cette baisse devrait permettre une économie de l'ordre de 60 M€ en 2006. Sans que cela remette en cause les engagements pris, notamment sur le Dossier médical personnel (DMP), des mesures d'économies porteront sur le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) à hauteur de 50 M€ et sur la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) à hauteur de 30 M€. Par

ailleurs, concernant les dotations hospitalières conservées en réserve de précaution sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation en juillet, le ministre a décidé que 115 M€ ne seront pas délégués et que le montant définitif des délégations ne sera arrêté qu'au vu des résultats complets du premier semestre 2006.

Enfin, s'agissant du secteur du médicament, une limitation des marges de rétrocession sur les médicaments délivrés par l'hôpital en ambulatoire, une meilleure régulation des préparations magistrales réalisées en officine, ainsi que quelques baisses de prix ciblées, dans le cadre des orientations qui vont être adressées au président du Comité économique des produits de santé (CEPS), seront mises en oeuvre immédiatement, représentant 45 M€ en 2006. Une hausse de la taxation du chiffre d'affaires des grossistes répartiteurs interviendra également prochainement, à hauteur de 50 M€.

Ces mesures représentant, au total, 350 M€ permettront de respecter les objectifs fixés pour poursuivre le redressement des comptes de l'Assurance maladie.

Décret du 4 octobre 2006 fixant le montant du transfert à opérer, entre la Cades et l'Acoss, au titre de la couverture du déficit prévisionnel de la branche maladie, pour l'exercice 2006, soit 5,7 milliards d'euros. Cette somme est versée au plus tard le 6 octobre 2006. Ce transfert permettra à l'ACOSS de ne pas dépasser le plafond de découvert de 18,5 milliards auprès de la Caisse des dépôts. En 2007, la Cades ne reprendra plus de dettes.

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2007

- [Loi n° 2006-1640 du 14 décembre 2006](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2007, JO du 22/12/06 et [rectificatif](#).

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 46 :2007, 15 février 2007]

### ▶ Aménagement du régime des heures de sortie en arrêt maladie

Le régime des heures de sortie autorisées en cas d'arrêt de travail est assoupli pour les patients dont les sorties font partie de la thérapie (cancer, dépression, etc). Les modalités d'application de cette mesure seront définies par décret (CSS, art. L. 326-6). Ces assouplissements se feront désormais par voie réglementaire. L'exposé des motifs indique qu'il appartiendra au praticien, le cas échéant, d'apprécier les heures de sortie les plus appropriées à la pathologie de son patient, dans le respect du cadre général posé par voie réglementaire.

### ▶ Adaptation des règles d'accès à une complémentaire santé

- Relèvement du plafond des ressources : afin d'étendre le champ des personnes couvertes par une complémentaire santé, le plafond de ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est relevé au 1<sup>er</sup> janvier 2007 de 15 % à 20 % au dessus-de la base ressources de la CMUC. Ainsi, une personne seule, en métropole, pourra prétendre à une aide si ces revenus ne dépassent pas 8614,54 € annuels au 1<sup>er</sup> janvier 2007. L'aide complémentaire santé est annuelle. Son montant est variable en fonction de l'âge des bénéficiaires au 1<sup>er</sup> janvier de l'année (et plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due). Il demeure fixé à 100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour celles âgées de 25 à 59 ans et 400 € pour celles âgées de 60 ans et plus. Nombre de personnes susceptibles d'avoir accès

à ce dispositif : 2,9 millions, alors que fin décembre 2005, seulement 400 000 attestations avaient été délivrées par les Cnam.

- Règle d'arrondi : au 1<sup>er</sup> juillet 2007, le montant des plafonds de ressources pour ouvrir droit à la CMUC et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (crédit d'impôt) sera arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 sera comptée pour 1. La règle de l'arrondi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2007, date à laquelle les plafonds de ressources ouvrant droit à la CMUC et au crédit d'impôt seront revalorisés.

► Parcours de soins coordonné

- Convergence des dispositifs médecin référent et médecin traitant : la convention médicale du 12 janvier 2005 avait prévu une négociation avant le 15 novembre 2005 pour assurer la convergence du dispositif de médecin référent avec le nouveau dispositif du médecin traitant. Cette négociation n'a pas eu lieu. Aussi, la loi prévoit qu'à défaut de cette conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel prévoyant les conditions de convergence des deux dispositifs, un arrêté publié avant le 31 mars 2007 peut prévoir la possibilité, pour les médecins exerçant à titre libéral de souscrire à titre individuel un contrat avec l'Assurance maladie. Ce contrat peut comporter des engagements du médecin relatifs notamment au volume d'activité, à la qualité de la prescription, à sa formation, à la qualité de sa pratique et à sa participation à la permanence de soins. Il peut comporter également des dispositions relatives à la rémunération des adhérents au contrat et des dispositions favorisant la dispense d'avance de frais.

- Centres de santé en zones sous-médicalisées : les sanctions prévues en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés ne sont pas applicables en cas de consultations assurées ou prescrites par des médecins généralistes qui exercent dans un centre de santé nouvellement agréé situé dans une zone sous-médicalisée et non plus seulement à celles assurées par des médecins généralistes qui s'installent sur ces mêmes zones.

► Développement des génériques : pour favoriser le développement des médicaments génériques, le PLFSS réserve le bénéfice du tiers payant en pharmacie aux assurés et aux bénéficiaires de la CMUC qui acceptent la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes de santé au patient.

► Consultation de prévention des plus de 70 ans : une consultation gratuite de prévention pour les personnes âgées de plus de 70 ans est mise en œuvre pour mieux détecter les facteurs susceptibles de conduire aux pathologies liées à la dépendance. Cette consultation exonérée de ticket modérateur sera dans un premier temps expérimentée avant d'être généralisée à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2007. Coût estimé : 25 millions d'€ pour la branche maladie. Les caisses nationale d'Assurance maladie sont par ailleurs autorisées à mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé.

► Travailleurs frontaliers occupés en Suisse : la loi précise les modalités d'application du droit d'option reconnu en matière d'assurance santé aux travailleurs frontaliers exerçant en Suisse. Les travailleurs frontaliers résidant en France et exerçant leur activité professionnelle en Suisse, en principe soumis à la législation suisse en matière de Sécurité sociale en application de l'accord sur la libre circulation des personnes conclu

entre la Communauté européenne et la Confédération helvétique le 21 juin 1999 et entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juin 2002, peuvent être exemptés de cette affiliation à l'assurance maladie suisse en application des dispositions dérogatoires de cet accord. Selon l'article L.380-3-1 du Code de la Sécurité sociale, ils sont dans ce cas affiliés obligatoirement au régime général de sécurité sociale française dans le cadre de la CMU. Toutefois, ils disposent d'un droit d'option à la condition d'avoir souscrit d'Assurance maladie auprès d'un assureur privé... Ce droit d'option n'est ouvert que durant la période transitoire de mise en œuvre de l'accord, qui prendra fin sept ans après sa date d'entrée en vigueur, soit le 31 mai 2009 (possibilité de reconduction de cette période transitoire pour une période de cinq ans supplémentaire, jusqu'au 31 mai 2014<sup>o</sup>). Ces nouvelles dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs transfrontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au Régime général français à la date d'entrée en vigueur de la LFSS pour 2007, soit au 23 décembre 2006.

► Modalités du droit d'opposition pour les conventions médicales : la loi modifie les modalités du droit d'opposition pouvant s'exercer à l'encontre d'une convention médicale. Ce droit est désormais réservé aux seules organisations « représentatives » de médecins ou d'autres professions de santé. En outre, aux critères habituels de représentativité – effectifs, indépendance, cotisations, expérience et ancienneté du syndicat – est ajoutée l'audience électorale.

► Ondam 2007 : le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est fixé à 144,8 milliards d'€ pour 2007 (+2,6 % par rapport à l'objectif des dépenses 2006 rebasé à 141,1 milliards d'€

#### Décrets d'application :

#### **La création du Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS) au JO**

Le décret du Conseil d'Etat relatif à la création d'un répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS), institué par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, est paru au Journal officiel du 18 décembre en même temps que l'avis de la Cnil sur ce traitement de données à caractère personnel.

Ce RNCPS a vocation à regrouper des données d'état civil et d'affiliation, ainsi que les montants et la nature de toutes les prestations servies (en nature et en espèces), les coordonnées géographiques, téléphoniques, électroniques, déclarées par les assurés, allocataires et retraités ainsi que leurs revenus, et offrira simultanément un service de gestion des échanges informatisés aux organismes de protection sociale et aux administrations fiscales. Ce système sera géré par l'Assurance retraite.

La conservation de données sensibles et privées est prévue sur une période de cinq ans, renouvelable indéfiniment tant que l'on reste assuré social. Le RNCPS concernera les données centralisées par les organismes contributeurs chargés de la gestion d'un régime obligatoire de Sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et le pôle emploi. L'article R. 114-26 précise que le droit d'opposition ne s'appliquera pas à ce dispositif.

Le RNCPS a une finalité globale de contrôle et de lutte contre la fraude, que le décret décompose en quatre finalités :

- la simplification des démarches des bénéficiaires de droits et prestations par la mise en commun, entre les organismes, d'informations dont la fiabilité est garantie ;
- l'optimisation des conditions d'ouverture, de gestion et de contrôle des droits et prestations des bénéficiaires de la protection sociale, notamment par l'identification des bénéficiaires, l'information des organismes sur l'ensemble de leurs rattachements, droits et prestations, et l'aide à la détection de droits et prestations manquants ainsi que des anomalies et des fraudes ;
- la rationalisation et la fiabilisation des échanges de données entre organismes de la

protection sociale et les administrations fiscales ;

- la production de statistiques anonymes à des fins de contrôle de la qualité des procédures ou de dénombrements relatifs à l'ensemble des informations contenues dans le RNCPS.

Un arrêté à venir doit fixer la liste - très nombreuse - des risques, droits et prestations et des organismes présents dans le RNCPS. Selon la direction de la sécurité sociale, "une soixantaine d'organismes sont concernés par l'alimentation du RNCPS" et "un nombre bien plus important encore de structures y aura accès".

> Les deux textes en rubrique "sélection de textes réglementaires"

- [Décret n° 2009-1577 du 16 décembre 2009](#) relatif au Répertoire national commun de la protection sociale, JO du 18/12/09  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000021491459>  
[Délibération n° 2009-211 du 30 avril 2009](#) portant avis sur un projet de décret en Conseil d'Etat relatif au Répertoire national commun de la protection sociale (RNCPS)  
Les mesures de redressement de l'Assurance maladie (août 2007)

### **Les mesures de redressement de l'Assurance-maladie concernant les assurés sont parues au Journal officiel.**

Les mesures de redressement de l'Assurance maladie présentées début juillet par les ministres Roselyne Bachelot et Eric Woerth commencent à se mettre en place. Ce plan prévoit que les assurés seront mis à contribution à hauteur de 350 millions d'euros sur un an. Deux décrets ont été publiés au Journal officiel. Le premier fixe la participation des patients qui ne respecteront pas le parcours de soins coordonné dans une fourchette de « 17,5 % à 22,5 % » contre « 7,5 % à 12,5 % » précédemment (150 millions d'euros attendus sur une année). C'est à l'Uncam de déterminer le taux exact du ticket modérateur qui devrait passer le taux de remboursement de 60 % à 50 % pour les assurés hors parcours de soins. Le second décret précise que le forfait d'un euro par acte médical, jusqu'ici plafonné à 1 euro par jour, passera à 4 euros par jour en cas de consultations multiples, une mesure qui rapporterait 200 millions.

- Décret n° 2007-1166 du 1er août 2007, JO du 2/08/07, relatif à certaines modalités d'application de la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale (le décret porte de un à quatre euros le plafonnement journalier du forfait d'un euro par acte ou consultation médicale)  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SJSS0761720D>
- Décret n° 2007-1170 du 2 août 2007, JO du 3/08/07, relatif à la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale et modifiant ce code  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SJSS0759227D>

### **Plan de redressement de l'Assurance maladie. Accord générique avec les pharmaciens**

La mise en place des différents volets du plan de redressement de l'Assurance maladie, décidé début juillet par le gouvernement, se poursuit. La Cnam a finalisé, fin juillet, un accord avec les syndicats de pharmaciens - déjà signé par deux syndicats sur trois l'Unpf et l'Uspo - visant à généraliser la suppression du tiers payant pour les patients refusant un générique. Déjà en vigueur dans 22 départements, la mesure va être rapidement étendue à une quarantaine d'autres départements. L'accord relève aussi l'objectif de taux de pénétration des génériques de 75 % à 80 % à la fin décembre. Au total, la Cnamts

escompte 70 millions d'euros d'économies de cet accord qui inclut le Subutex, grâce à l'arrivée d'un nouveau générique. Préalablement à cet accord dont la publication devrait intervenir fin août début septembre, les syndicats s'étaient réunis avec le Comité économique des produits de santé (CEPS). Les parties sont tombées d'accord sur le fait d'intégrer automatiquement aux TFR les groupes de génériques ayant au moins deux ans d'âge et qui se substituent aux princeps à moins de 50 %. De plus, le CEPS a accepté de ne pas imposer de TFR aux molécules fortement substituées, soit à + 60/65 %, exception faite de l'amoxicilline.

Par ailleurs, le CEPS négocie avec les partenaires concernés (laboratoires pharmaceutiques, fabricants de dispositifs médicaux et prestataires) des baisses de prix induisant 150 millions d'euros d'économies sur les médicaments et 50 millions sur la LPP. On attend également la mise en place du volet baisses de tarifs sur les actes de biologie médicale en cours d'examen à la Commission de hiérarchisation des actes de biologie.

- Décision du 29 août 2007, JO du 31/08/07, modifiant la décision du 20 juillet 2007 instituant des tarifs forfaitaires de responsabilité pour des groupes génériques et en fixant le montant  
[http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2007/0831/joe\\_20070831\\_0201\\_0034.pdf](http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2007/0831/joe_20070831_0201_0034.pdf)

### **Le Conseil de l'Uncam fixe à 20 % la baisse de remboursement des patients hors parcours de soins**

Le Conseil de l'Uncam a adopté, le 28 août, à une forte majorité, la baisse des remboursements pour les patients hors parcours de soins de 60 à 50 %.

Avis relatif à la décision de l'Uncam fixant le taux de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale (20 %), JO du 01/09/07  
<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SJSS0764340V>

## **Loi de financement de la Sécurité sociale 2008**

### **Les comptes de la Sécurité sociale 2007-2008 :**

La Commission des comptes de la Sécurité sociale a rendu public le 24 septembre son rapport actualisant ses prévisions de juillet dernier, quelques heures avant la présentation à la presse des grandes lignes du PLFSS 2008. Le déficit du Régime général de la Sécurité sociale devrait s'élever à 11,7 milliards d'euros en fin d'année (dérapant de 3,5 milliards par rapport à l'objectif initial) et atteindrait 12,7 milliards en 2008 sans mesures correctrices, selon la commission. Les quatre branches du régime général et le fonds de solidarité vieillesse (FSV) sont déficitaires en 2007. Trois ans après la mise en œuvre de la réforme de l'Assurance maladie, qui prévoyait un retour à l'équilibre en 2007, la situation des comptes sociaux reste donc des plus inquiétantes et le trou du régime général de la Sécurité sociale continue de se creuser. Après une réduction temporaire en 2006, le solde retrouve le niveau des déficits atteints en 2004, mais avec cette fois-ci un "partage" entre la maladie (- 6,2 milliards) et la vieillesse (- 4,6 milliards). Ces évolutions s'expliquent, selon la CCSS, par des charges qui "augmentent globalement depuis plusieurs années" et "une progression des recettes qui s'est ralentie" en 2007. La Commission souligne, à ce titre, que 2005 et 2006 avaient bénéficié de mesures exceptionnelles (accroissement du rendement de la CSG, de relèvement des taux de cotisations retraite et taxation anticipée des plans d'épargne logement). Hors mesures prises dans le cadre du PLFSS de 2008, le déficit de la branche vieillesse serait de 5,7 milliards l'an prochain et de 7,1 milliards pour l'Assurance maladie à partir de prévisions se fondant sur le scénario macroéconomique

retenu par le gouvernement : PIB de 2 à 2,5 %, progression de 4,8 % de la masse salariale et hausse moyenne des prix hors tabac de 1,6 %.

Le rapport de la CCSS indique que les dispositifs d'exonérations de charges en faveur de l'emploi devraient atteindre le total impressionnant de 31,75 milliards d'euros en 2008 (+ 13 %), après 28 milliards cette année et 24 milliards en 2006. Cette nouvelle poussée est liée aux allègements sur les heures supplémentaires, qui représenteront un peu plus de 4 milliards l'an prochain. Les allègements généraux (entre 1 et 1,6 Smic) devraient quant à eux voir leur progression ralentir (+ 4,3 % tout de même), à 21,5 milliards d'euros, de même que les exonérations en faveur de l'emploi à domicile (+ 7 %), à 2,1 milliards. Inversement, les exonérations en faveur de publics particuliers sont attendues en nette baisse en 2008 (- 8 %). Sur l'ensemble de ces exonérations, 2,5 milliards d'euros ne seraient pas compensés à la Sécurité sociale en 2008, un montant prévu en diminution (6,2 %) par rapport à cette année (Lu sur Annuaire sécu)..

> Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale 2007 - synthèse, tomes 1 et 2, discours des ministres :

<http://www.securite-sociale.fr/chiffres/ccss/2007/ccss2007.htm>

- o [Tome 1 : Les comptes du régime général](#)
  - o [Tome 2 : Les comptes des régimes autres que le régime général](#)
- [Synthèse du rapport 2007](#)

## **La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008**

[Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2008, JO du 21/12/07 [Décision n° 2007-558 DC](#) du Conseil constitutionnel du 13 décembre 2007

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 07 :2008, 10 janvier 2008]

Adopté le 11 octobre 2007 en Conseil des ministres, le projet de loi avait pour objectif de ramener le déficit du Régime général à 8,9 milliards d'euros pour 2009, au lieu de 12,7 milliards d'euros estimés le 24 septembre par la Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Plusieurs amendements furent déposés lors de l'examen du projet de loi initiale à l'Assemblée nationale et au Sénat

Le parlement a adopté le projet de loi de financement de la Sécurité sociale (*PLFSS*). Les sénateurs ont entériné le texte qui prévoit notamment l'instauration de franchises médicales (*dont les bénéficiaires de la CMU, les femmes enceintes et les mineurs sont exemptés*), l'instauration d'une contribution patronale de 2,5 % sur l'attribution de stock-options et de 10 % sur les attributions gratuites d'actions. En revanche, la commission mixte paritaire a rejeté plusieurs amendements dont celui qui prévoyait la création d'une taxe de 0,22% sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac et celui qui prévoyait l'instauration d'une taxe nutritionnelle de 1% du prix de vente des boissons sucrées.

Le PLFSS s'appuie pour cela :

- sur diverses mesures d'économies (1,8 milliards d'euros) :
- sur des nouvelles recettes fiscales au titre de l'insuffisance du panier fiscal compensant les allègements de cotisations patronales sur les bas salaires (0,5 milliard d'euros).

Ces mesures permettront d'améliorer les comptes d'environ 4 milliards d'euros, qui bénéficieront en premier lieu aux branches maladies et vieillesse.

Parmi les principales dispositions du projet, on peut retenir les mesures suivantes relatives à l'Assurance maladie :

#### ► Franchises médicales

Ces franchises médicales ont pour objectif de financer les chantiers prioritaires de la santé publique : maladie d'Alzheimer, soins palliatifs et cancer.

Une franchise annuelle sera laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produits suivants pris en charge par l'assurance maladie : médicaments à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation, les actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation, les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

Et seront exonérés : les ayants droit de moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Cette franchise s'ajoutera à la participation forfaitaire de l'assuré mise en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie, dont le plafonnement journalier a été récemment relevé.

Forfaitaire, le montant de la franchise devrait être fixé à 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte médical et à 2 euros par transport sanitaire. La franchise sera due dans la limite d'un plafond annuel cumulé qui devrait s'élever à 50 euros par personne.

Des plafonnements journaliers sont également prévus pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires pour tenir compte des successions d'actes. A titre provisoire, et pour une durée n'excédant pas un an à compter de la publication de la IPLFSS, ces plafonds journaliers ne s'appliqueront que pour les actes ou transports réalisés par un même professionnel.

Ces différents montants et les conditions d'application des franchises seront fixés par décret.

Le gouvernement n'a pas souhaité empêcher les organismes complémentaires de rembourser ce nouveau dispositif de franchises. Mais comme l'objectif est de responsabiliser l'assuré, ces contrats ne bénéficieront pas des avantages fiscaux attachés aux contrats responsables.

*Cette mesure aura en année pleine un rendement de l'ordre de 850 millions d'euros.*

#### ► Responsabilisation des prescripteurs

- Extension de la procédure de mise sous accord préalable : cette procédure limitée pour l'instant à la prescription d'arrêt de travail et de transport est étendue aux autres domaines de la prescription ainsi qu'à la réalisation d'actes complémentaires. Seront concernés : les prescripteurs pour lesquels le taux moyen de prescription de transports en ambulance dépasse sensiblement le taux moyen de la région ; aux médecins pour lesquels le taux moyen de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations médicaux dépasse significativement le taux moyen au sein d'une région. Toutefois, et comme actuellement, en cas d'urgence attestée par le médecin

prescripteur, l'accord préalable n'est pas requis pour la prise en charge des soins de transports.

- Encadrement des prescriptions de transport en taxi.
- Pénalités pour non-respect des règles en matière de prestations : la loi du 13 août 2004 a prévu un dispositif de pénalités pour les professionnels de santé, employeurs, assurés et établissements méconnaissant les règles en matière de prestations de soins. Ce dispositif sera étendu aux transporteurs sanitaires, aux taxis et aux fournisseurs et prestataires de service.
- Renforcement des mécanismes de régulation des dépenses : le PLFSS vise à renforcer l'efficacité de la procédure d'alerte sur les dépenses maladie, pour mieux réguler celle-ci. Il prévoit deux mesures destinées à renforcer l'articulation entre politique conventionnelle de négociation tarifaire et réalisation de l'Ondam en cours d'année. Il s'agit de mieux prévenir les risques de dépassement de l'Ondam et, lorsque le risque est avéré, d'éviter d'aggraver ce dépassement.
- Entrée en vigueur des mesures conventionnelles de revalorisation : toute mesure conventionnelle ayant pour objet une revalorisation des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professions de santé conventionnées ne pourra entrer en vigueur au plus tôt qu'à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.
- Suspension des revalorisations en cas de procédure d'alerte : en cas de déclenchement de la procédure d'alerte par le Comité d'alerte sur l'évaluation des dépenses d'assurance maladie, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des honoraires, rémunérations et frais accessoires des professionnels de santé conventionnés sera suspendue. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations, compatible avec les mesures de redressement arrêtées à la suite de l'alerte, l'entrée en vigueur sera reportée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.
- Information de l'Unocam en cas de procédure d'alerte : à la liste des organismes devant être alertés de l'évolution des dépenses de santé (Parlement, gouvernement et caisses nationales d'assurance maladie – CSS, article L.113-4-1), le projet de loi ajoute l'Unocam.
- Renforcement des engagements conventionnels : il est prévu de préciser à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale que les engagements conventionnels de maîtrise médicalisée des médecins pourront comporter celui d'une prescription plus importante au sein du répertoire des génériques. Par ailleurs, afin d'assurer un meilleur suivi des engagements de maîtrise portant sur les prescriptions, le PLFSS propose d'exprimer les objectifs en volume, et non en montant, afin de neutraliser les variations de prix, qui ne dépendent pas de l'action des médecins (CSS, article L.162-5-1).

#### ► Régulation démographique des professionnels de santé

- Les partenaires conventionnels seront invités à définir dans les conventions médicales nationales concernant les médecins généralistes et spécialistes les conditions et les modalités de conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice. Les outils conventionnels doivent donc être modernisés pour répondre à l'inégale répartition des médecins sur le territoire.
- Des dispositions similaires sont prévues pour d'autres professions : infirmiers, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et masseurs-kinésithérapeutes.

- Les infirmiers avaient déjà signé, le 22 juin 2007, un protocole d'accord sur la démographie visant à équilibrer leur répartition sur le territoire.

► Nouveaux modes expérimentaux de rémunération des médecins

- Contrat d'engagements prévoyant des contreparties financières : les Cnam pourront proposer aux médecins conventionnés de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Uncam. Ce contrat pourra comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels. Ces contrats déterminent les contreparties financières qui pourront être liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel.
- Expérimentation de modes de rémunération alternatifs : il pourra être expérimenté, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour cinq ans, de nouveaux modes de rémunération des professionnels et des centres de santé complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant sur le fondement d'une évaluation quantitative ou qualitative de leur activité. Ces expérimentations seront conduites par les missions régionales de santé qui passeront à cet effet des conventions avec les professionnels de santé volontaires. Leurs modalités de mise en œuvre seront définies par décret. Les organismes complémentaires qui le souhaiteraient pourront être associés à ces expérimentations. Une mesure expérimentale de même nature est prévue pour les médecins assurant la permanence de soins.

► Information des assurés sur les dépassements d'honoraires

Le PLFSS vise à améliorer les conditions d'information des patients sur les compléments d'honoraires facturés par les professionnels de santé afin d'éviter les dépassements les plus abusifs. Il est ainsi prévu qu'un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale fixera le tarif remboursable des actes au-delà duquel une information écrite préalable précisant la nature et le montant du dépassement facturé devra être obligatoirement remise par le professionnel à son patient. L'inobservation de cette obligation pourra faire l'objet d'une sanction financière par les caisses égale au dépassement facturé selon la procédure prévue à l'article L.162-1-14 du code SS.

► La T2A à 100 % à l'hôpital en 2008

L'article 42 prévoit d'aligner le mode de financement des hôpitaux sur celui des cliniques en portant à 100 % leur part de tarification à l'activité (T2A). Le dispositif transitoire actuel de montée en charge de la T2A dans le secteur antérieurement sous dotation globale repose sur la fixation annuelle d'une fraction croissante de tarifs. Ainsi, l'activité des établissements est valorisée selon les tarifs nationaux à hauteur de la tarification en vigueur pour l'exercice (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007). Cet article accélère donc le processus. Un mécanisme de transition est prévu pour accompagner les établissements dans cette réforme. Les hôpitaux se verront attribuer un coefficient correcteur venant majorer ou minorer les tarifs nationaux afin de tenir compte des ressources actuelles qu'ils reçoivent de l'Assurance maladie. Tous les établissements se verront appliquer les mêmes tarifs au plus tard en 2012.

## **PLFSS 2008. Le Conseil constitutionnel censure 17 articles mais valide les franchises médicales**

14/12/07 - Dans sa décision du 13 décembre, le Conseil constitutionnel a supprimé 17 articles (sur 118) du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008, mais validé l'instauration des franchises médicales sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Les sages de la haute juridiction ont considéré que ces franchises n'étaient pas "contraires aux principes constitutionnels qui garantissent le droit à la santé pour tous et l'égalité devant la solidarité". Cette franchise "répond aux exigences constitutionnelles liées à l'équilibre financier de la Sécurité sociale", argumente dans son communiqué le Conseil. Il a en revanche émis une réserve d'interprétation sur l'article instaurant les franchises. "Le montant de la franchise et le niveau des plafonds devront être fixés par décret de façon telle que ne soient pas remises en cause les exigences [...] du Préambule de la Constitution de 1946" affirmant la garantie de la protection de la santé à tous. En clair, le montant des franchises ne doit pas être en contradiction avec l'accès à la santé pour tous et notamment, les plus modestes.

Les 17 articles censurés l'ont été au motif qu'ils constituent des "cavaliers" (dispositions sans rapport avec l'objet principal du PLFSS). Le gouvernement devra leur trouver de nouveaux véhicules législatifs. Il s'agit notamment des articles prévoyant une amende de 7 500 euros afin de responsabiliser les sous-traitants dans la lutte contre le travail illégal en sanctionnant le défaut d'information des maîtres d'ouvrage, qui instaurait des sanctions pour les laboratoires en cas d'absence d'étude postérieure à la mise sur le marché d'un médicament, qui offrait la possibilité aux hôpitaux de recruter à temps partiels des médecins libéraux. Idem pour l'article modifiant le régime des incompatibilités applicables aux membres des conseils d'administration des établissements publics de santé, celui renforçant les obligations faites aux fabricants et aux distributeurs de dispositifs médicaux (notamment pour les produits inscrits sous une forme générique sur la liste des produits remboursables) et l'article associant l'Etat et la Cnamts à l'administration du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier. Ou encore, des articles prévoyant que la Cnavts se prononce sur les conventions d'adossement de régimes spéciaux au Régime général et puisse demander qu'une clause de révision soit intégrée dans ces opérations d'adossement, ajoutant au contenu des documents d'information sur la retraite destinés aux assurés des éléments sur la retraite progressive, et créant un dispositif expérimental de centralisation de l'information sur les gardes d'enfants et les prestations associées. Enfin, l'article ouvrant à tous les centres hospitaliers et aux établissements privés participant au service public hospitaliers la possibilité d'instituer une structure médicale accueillant d'autres professionnels de santé que ceux qui y travaillent à titre exclusif est tombé lui aussi sous le couperet.

### **Année 2008 :**

#### **• Quelques décrets d'application :**

> [Décret n° 2007-1937](#) du 26 décembre 2007 (JO du 30/12/07) relatif à l'application de la franchise prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la Sécurité sociale

Applicable depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008, le prélèvement des franchises est en pratique indolore pour le patient, puisque le montant de 0,50 euro par boîte de médicaments est déduit directement par les caisses d'Assurance maladie au fur et à mesure des remboursements. En cas de tiers payant, c'est sur un remboursement ultérieur que s'effectue le prélèvement par les caisses. Le plafond prévu est de 50 euros par an, tous prélèvements confondus. Non prévu pour les médicaments, un plafond journalier de 2 euros pour les actes médicaux et de 4 euros pour les transports sanitaires est mis en place.

- > Accord interprofessionnel du 11 janvier 2008, applicable au 1<sup>er</sup> juillet 2009 : l'article 14 concerne la portabilité des droits santé prévoyance (couverture complémentaire) aux chômeurs.
- > [Décret n° 2008-108](#) du 5 février 2008 (JO du 7/02/08) pris pour l'application de l'article L. 5125-23-1 du Code de la Santé publique (Dans le cadre d'un traitement chronique, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée, le pharmacien dispense les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement...)
- > [Décret n° 2008-641](#) du 30 juin 2008 (JO du 1/07/2008) relatif aux médicaments disponibles en accès direct dans les officines de pharmacie.
- > [Décret n° 2008-746 du 28 juillet 2008](#) (JO du 30/07/2008) relatif à la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux. En application de la LFSS 2008
- > [Décret n° 2008/1527 du 30 décembre 2008](#) (JO du 31/12/2008) : il renforce le mécanisme des pénalités administratives mises à la disposition des caisses d'assurance maladie contre les assurés, les professionnels, les établissements de santé et les employeurs. Ce texte permet l'application de plusieurs mesures prévues par les LFSS de 2007 et 2998 concernant les procédures de sanctions diligentées par les caisses. Il s'agit notamment de sanctions visant les médecins qui appliqueraient les dépassements d'honoraires sans tact et mesure, dont les critères sont également définis dans le décret. Ce même décret définit également les pénalités en cas de non-respect des règles de facturation des frais de transport.

### Mesures de redressement du gouvernement (28 juillet 2008)

Avant de partir en vacances, les ministres Eric Woerth et Roselyne Bachelot ont présenté le 29 juillet un certain nombre de mesures d'économies et de recettes nouvelles, pour un total d'environ 3,6 milliards d'euros, destinées à ramener le déficit de l'Assurance maladie à moins de 3 milliards d'euros en 2009 afin de retrouver l'équilibre, au plus tard, en 2011

► La principale mesure met à contribution le secteur des régimes complémentaires santé, à l'instar de l'industrie pharmaceutique. Les assurances, mutuelles et institutions de prévoyance seront taxées à hauteur de 1 milliard d'euros sur leur chiffre d'affaires à partir du 1er janvier 2009. Cette taxation doit servir de financement au Fonds, ce qui permettra de fléchir vers la Cnamts les droits sur le tabac et l'alcool, et évitera de créer un nouvel impôt. Le schéma définitif de ce circuit financier ne sera validé qu'en septembre. Cette contribution est justifiée selon le gouvernement par la hausse exponentielle des patients en ALD qui aboutit à un transfert de charges d'au moins 600 millions d'euros par an des organismes complémentaires vers la Sécurité sociale. Ce dernier, qui n'a de cesse de pointer l'augmentation de leurs marges, affirme que les prix des contrats ne devraient pas augmenter. En échange, il propose une coordination renforcée entre les régimes de base d'assurance maladie et les organismes complémentaires santé sur la gestion du risque comme sur le financement de la santé. Des groupes de travail étudieront ces évolutions d'ici septembre. Selon le communiqué ministériel, des négociations tripartites entre l'assurance maladie, les complémentaires santé et les professions de santé pourront dorénavant être prévues en priorité dans les secteurs où les complémentaires santé assurent un niveau important de prise en charge. Les complémentaires seront associées, dans un cadre à déterminer, aux actions visant à mieux encadrer les dépassements d'honoraires, et joueront un rôle plus important dans l'accompagnement des patients

atteints de maladie chroniques. Un protocole en ce sens a été signé le 28 juillet par Eric Woerth, Roselyne Bachelot et la Mutualité française.

► Une seconde taxe, frappant cette fois-ci les "niches sociales" exonérées de cotisations, telles que l'intéressement, la participation et les plans d'épargne d'entreprise, va être instaurée. Le taux de cette contribution n'est pas encore arbitrée (de l'ordre de "3 à 5 %"), mais le gouvernement table sur un revenu de 300 millions d'euros pour la seule assurance maladie. Un bon moyen, selon les syndicats, d'éviter que ces dispositifs se substituent aux politiques salariales, note Le Monde (30-07). La branche maladie va également bénéficier d'un surcroît de recettes de la part de la branche des risques professionnels qui va lui verser une contribution plus élevée (700 millions au lieu de 400) au titre de la sous-déclaration des maladies professionnelles. Le gouvernement va également mettre en oeuvre les économies préconisées par la Cnamts (2 milliards) : maîtrise médicalisée, baisses de tarifs des médicaments et de certains actes, productivité renforcée des hôpitaux, lutte contre la fraude, etc.

► Il est prévu que la dette de près de 9 milliards d'euros accumulée par l'Assurance maladie" serait transférée vers la Cades. Ce transfert permettra à la Sécurité sociale d'économiser les intérêts annuels qu'elle paie sur cette dette, soit 400 millions d'euros en 2009

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 devrait valider les mesures gouvernementales.

Pour l'instant, aucune des mesures prévues ne porte sur les assurés, le gouvernement n'ayant pas retenu certaines pistes comme la hausse du ticket modérateur. Le risque existe de voir les régimes complémentaires santé augmenter leurs tarifs, comme le prédit déjà la FFSA qui prévient que les taxes sur les chiffres d'affaires sont toujours répercutées sur le consommateur à un moment ou un autre.

Pour en savoir plus sur les mesures de redressement :

> [Site du Premier ministre](#)

> [Site du ministère](#)

## **Loi de financement de la Sécurité sociale 2009**

[Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008](#) de financement de la Sécurité sociale pour 2009, JO du 19/12/08.

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 06/2009, 9 janvier 2009]

En raison des effets de la crise économique, la loi de financement de la Sécurité sociale 2009 ne permettra pas, comme initialement prévu, de juguler le déficit du Régime général à 8,6 milliards d'euros en 2009, en dépit des nouvelles ressources pourtant affectées à la Sécurité sociale comme la contribution sur l'épargne salariale, la taxation supplémentaire des parachutes dorés ou la hausse de la taxe des organismes complémentaires et des mesures d'économie adoptées : maîtrise des dépenses de santé, diminution des frais financiers...

Le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 3,3 % pour 2009, soit un montant total d'objectif de dépenses de 157,6 milliards. Les sous-objectifs correspondront à des augmentations de 3,1 % sur les dépenses de soins de ville, de 3,1 % pour le secteur hospitalier et de 6,3 % pour les établissements médico-sociaux. Le respect de l'Ondam 2009 supposera des économies de l'ordre de 2,2 milliards d'euros attendus de la poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses maladie.

#### ► Maîtrise médicalisée des dépenses de santé

- Actes médicaux en série : les conditions de prescription des actes médicaux en série (masso-kinésithérapie, orthophonie, orthoptie...) sont modifiées. Au-delà d'un certain nombre d'actes, défini par un référentiel approuvé par la Haute autorité de santé ou validée par celle-ci sur proposition de l'Unacam, un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge.
- Médicaments génériques : deux mesures doivent favoriser le développement des génériques :
  - Inscription au répertoire : les règles d'inscription au répertoire des groupes génériques sont modifiées afin d'élargir les possibilités de substitution entre un médicament princeps et son générique. D'une part, la condition exigée jusqu'à présent pour l'inscription aux génériques est assouplie. En effet, l'identité exacte de la composition qualitative et quantitative en principes actifs est élargie à la notion de « fraction thérapeutique active » prévue par la Directive européenne de 2001. D'autre part, il est désormais permis d'inscrire sur le répertoire des génériques des médicaments oraux à libération modifiée, sans que la différence de forme galénique – comprimé ou gélule – soit un obstacle.
  - Recours à la DCI : le recours à la Dénomination commune internationale devient obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique.
- Mise sous accord préalable des prestations d'hospitalisation : la procédure de mise sous contrôle préalable prévue par la LFSS 2008 pour le développement de la chirurgie ambulatoire, est étendue aux prestations d'hospitalisation caractérisée par une évolution atypique (prescriptions supérieures aux moyennes régionale ou nationale) ou non conforme aux référentiels établis par la Haute autorité de santé.

#### ► Participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles

L'article 36 vise à mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles avec les professionnels de santé afin de réguler l'ensemble des dépenses de santé. Les conditions d'application de ces nouvelles dispositions seront précisées par décret. Elles n'entreront donc en vigueur qu'après parution de celui-ci.

- Entrée en négociation de l'Unocam : L'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire est dorénavant autorisée à participer aux négociations avec les professionnels de santé. Pour cela, l'Unacam (Union nationale des caisses d'Assurance maladie) devra systématiquement informer l'Unocam de son intention d'ouvrir une négociation. L'Unocam lui fera ensuite part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. Dans ce cas, elle pourra demander à être auditionnée par le Conseil de l'Unacam. Lorsque l'Unocam participera aux négociations conventionnelles, l'Unacam n'aura pas à lui transmettre pour avis les mesures conventionnelles de revalorisation selon la procédure prévue à l'article L.162-15 dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale.

- Signature de l'Unocam et validité de l'accord dans certains secteurs : dans les secteurs où la part des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie est inférieure à 50 % du total des dépenses pour le patient (optique, dentaire, etc), la signature de l'Unocam devient obligatoire. L'accord, convention ou avenant ne sera valide qu'à cette condition (CSS, art. L.162-14-3 nouveau).

- Condition de signature de l'Unocam : la décision de signer un texte conventionnel sera prise par le Conseil de l'Unocam. Lorsqu'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'Assurance maladie est minoritaire, la décision sera prise à la majorité de 60 % des voix exprimées (CSS, art. L.182-3 modifié). L'Unocam est chargée de transmettre, chaque année avant le 15 juin, au Parlement et au ministre chargé de la Sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer, ainsi que de la mise en œuvre des accords qu'elle a signés à l'issue de ces négociations (CSS art. L.182-3 nouveau).

- Conséquence du refus de l'Unocam : en cas de refus de l'Unocam de conclure un texte conventionnel, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Unocam fera part aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'assurance-maladie est minoritaire, elle ne pourra alors leur transmettre ledit texte en vue de son approbation qu'après un délai minimal fixé par décret (CSS, art. L 162-14-3 nouveau).

#### ► Forfait pour la prise en charge des bénéficiaires de la CMUC

Le forfait sur la base duquel les dépenses de CmuC sont compensées par le Fonds CmuC aux gestionnaires de la prestation est revalorisé de 7,5 € par bénéficiaire et par trimestre, pour passer de 85 € à 92,5 € à compter de 2009 (CSS, art. 862-4 modifié). Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure permettra de mieux prendre en charge la dépense effective supportée par les gestionnaires. Le gouvernement en attend un gain de 100 millions par an pour l'Assurance maladie.

#### Quelques décrets d'application

> [Avis relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur le montant de la majoration de la participation de l'assuré](#) prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la Sécurité sociale, JO du 30/01/09 (Publication du montant des pénalités financières appliquées aux assurés lorsqu'ils consultent un médecin hors parcours de soins)

> Renforcement de la transparence des tarifs médicaux : "information écrite préalable pour les honoraires dépassant 70 euros lorsqu'il comprennent un dépassement" - [communiqué ministériel du 30 janvier 2009](#)

A partir du 1er février 2009, en vertu de l'arrêté du 3 octobre 2008, le professionnel de santé devra, s'il pratique un dépassement, délivrer à son patient une information écrite préalable sur le tarif des actes effectués, sur le montant et sur la nature du dépassement facturé (dépassement exceptionnel, dépassement de secteur 2, dépassement autorisé hors parcours de soins...). L'inobservation de cette obligation pourra faire l'objet de la part des caisses locales d'Assurance maladie d'une sanction financière égale au dépassement facturé, en cas de plainte des patients.

Obligation pour tous les professionnels de santé d'afficher leurs tarifs dès le 13 février 12/02/09 - L'ensemble des professionnels de santé vont devoir afficher à partir du 13

février leurs tarifs d'honoraires en salle d'attente ou, à défaut, dans leur lieu d'exercice, ainsi que le tarif de remboursement par l'Assurance maladie. Un décret détaillant ces nouvelles obligations a été publié au JO du 12 février en application de la LFSS pour 2008. Il étend les obligations d'affichage des honoraires prévues jusqu'à présent uniquement pour les médecins et les kinésithérapeutes. Le texte prévoit notamment que les tarifs affichés porteront sur la consultation, la visite à domicile et au moins cinq des prestations les plus couramment pratiquées. La DGCCRF doit accompagner l'ensemble des professionnels dans la bonne application de ces mesures et réalisera d'ici la fin de l'année des premiers contrôles pour s'assurer du bon respect.

> [Décret n° 2009-152 du 10 février 2009](#) relatif à l'information des tarifs médicaux pratiqués par les professionnels de santé

> [Décret n° 2009-134 du 6 février 2009](#), JO du 10/02/09, relatif aux procédures liées à l'exercice des professionnels de santé (répertoire d'identification nationale des professionnels de santé)

> [Arrêté du 6 février 2009](#) portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels de santé » (RPPS)

> [Décision du 5 mars 2009](#) de l'Unocam à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, JO du 11/02/09 (modifie la règle d'association des actes de radiologie conventionnelle. Désormais, en cas d'association d'actes de radiologie conventionnelle, l'acte dont la valeur est la plus élevée est facturé à taux plein, les autres sont facturés à 50% de leur valeur - cette mesure prévue par la LFSS pour 2009 doit rapporter une centaine de millions d'euros à l'assurance maladie)

> [Décret n° 2009-305 du 18 mars 2009](#), JO du 20/03/09, fixant les modalités d'application de l'article 82 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

> [Arrêté du 6 février 2009](#) portant création d'un traitement de données à caractère personnel dénommé « Répertoire partagé des professionnels de santé » (rectificatif), JO du 21/03/09

> [Décret du 9 mars 2009](#) (JO du 21 avril 2009)

Le texte instaurant les fameux "[contrats d'amélioration des pratiques](#)" – CAPI des médecins libéraux est paru au *Journal Officiel*, relatent *Les Echos*. Proposés par l'Assurance maladie aux médecins généralistes volontaires, ces contrats instaurent une prime annuelle à la performance pour les praticiens, en fonction de leurs résultats sur divers objectifs (prévention, prescription...)

> [Décret n° 2009-474 du 27 avril 2009](#) relatif aux conditions de mise en œuvre des expérimentations de nouveaux modes de rémunération de professionnels de santé.

> [Décret n° 2009-514](#) et [arrêté du 5 mai 2009](#), JO du 7/05/09, portant application de l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles)

> Franchises médicales : le Conseil d'Etat annule en partie le décret et encadre leur montant.

Dans un arrêt rendu le 6 mai dernier, le Conseil d'Etat a annulé l'article 2 du décret n°2007-1937 du 26 décembre 2007 parce qu'il obligeait les caisses à prélever le montant des

franchises sur les autres prestations perçus par les bénéficiaires du tiers payant, méconnaissant ainsi les dispositions de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2008. La loi permettait, en effet, à l'assuré dispensé de l'avance de frais de verser directement la franchise à l'organisme d'Assurance maladie ou à ce dernier de récupérer les sommes dues sur « les prestations de toute nature à venir ». L'article du décret imposant le seul prélèvement sur les prestations à venir est contraire à la loi, estime le Conseil d'État. La FNATH, association des accidentés de la vie, et l'Andeva avaient introduit un recours en excès de pouvoir contre ce texte. Malgré cette annulation, les deux associations "regrettent que le Conseil d'Etat n'ait pas souhaité répondre à la question de savoir s'il était légitime, en droit, de faire payer aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle le coût des dépenses de santé générées par la faute de l'employeur, sans pouvoir se retourner vers celui-ci". Et "si le Conseil d'Etat n'a pas remis en cause le principe même des franchises, il reconnaît implicitement que leur montant peut être de nature à « compromettre le droit à la santé ». Le gouvernement ne pourra plus augmenter indéfiniment leur montant", estime la FNATH. Mais la nuance contenue du Conseil d'Etat est tout de même une bien maigre réponse.

Du point de vue pratique, cette décision "devrait entraîner une modification dans la pratique des caisses", se borne à indiquer la FNATH. Alors que la Cnamts qui interprète la décision "de façon différente", "se contente pour l'heure de renvoyer la balle au ministère du Travail", rapporte la lettre Protection sociale informations (20-05).

[Le communiqué de la FNATH et l'arrêt du conseil](#)

> [La circulaire du 6 mai 2009 relative à la lutte contre la fraude aux prestations sociales](#) adressée par les ministres du Budget et de la Justice à la fois aux magistrats des parquets et aux directeurs des caisses nationales des principaux régimes (Cnam, Cnaf, Cnav, MSA et RSI) et de Pôle emploi.

> [Arrêté du 18 mai 2009](#) pris en application de l'article D. 380-4 du code de la sécurité sociale, JO du 23/05/09 (le plafond de ressources en deçà duquel les personnes sont exonérées de cotisation pour bénéficier de la couverture maladie universelle est fixé à 9 020 euros pour la période du 1er octobre 2009 au 30 septembre 2010)

> [Décret n° 2009-554](#) du 20 mai 2009, JO du 21/05/09, relatif à la mesure de la pauvreté. Publication des trois indicateurs de santé utilisés pour mesurer le niveau de pauvreté en France. Ces indicateurs mesureront l'écart du taux de renoncement aux soins pour des raisons financières des bénéficiaires de la Cmu par rapport aux patients ayant une complémentaire santé privée, le montant restant à la charge des ménages sur leur revenu moyen, et, enfin, la part de bénéficiaires de la CMU parmi les patients qui bénéficient d'un bilan de santé gratuit.

> Arrêté du 19 mai 2009 fixant pour 2009 le montant et la répartition entre les régimes obligatoires d'Assurance maladie de la régularisation au titre du financement du dispositif d'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, JO du 28/05/09

> [Circulaire interministérielle n° DSS/2A/2009/128 du 11 mai 2009](#) relative au recouvrement par les organismes de Sécurité sociale de la participation forfaitaire et des franchises prévues au II et III de l'article L. 322-2 du Code de la Sécurité sociale. Le mode de récupération des franchises médicales en cas de dispense d'avance des frais est aménagé suite à l'annulation partielle du décret du 26 décembre 2007 par le Conseil d'Etat

> [Décret du 21 juin 2009](#) créant un nouveau statut pharmaceutique : la centrale d'achat pharmaceutique.

> 1<sup>er</sup> juillet 2009 : entrée en vigueur de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008. Les personnes se retrouvant au chômage peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire santé et du contrat de prévoyance de leur ancienne entreprise pour une période maximale de neuf mois. Quant au financement de ce droit, il peut se faire soit par un système de "mutualisation" (où salariés actifs d'une entreprise ou d'une branche professionnelle prennent en charge le maintien des garanties des anciens salariés), soit par un "cofinancement" entre employeur et ancien salariés.

Rappel : [Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989](#) renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. Elle précise la façon dont les retraités continuent à bénéficier de la protection sociale complémentaire mise en place par leur entreprise.

> [Décret n° 2009-982 du 20 août 2009](#) : Entrée en vigueur du nouveau système de sanctions contre les fraudes à l'assurance maladie

Pris dans le cadre de la dernière loi de financement de la Sécurité sociale, un décret publié au Journal officiel du 21 août met en musique la procédure nouvelle des pénalités financières graduées (sous la houlette des directeurs de caisse) en cas d'abus, de fautes et de fraudes aux prestations d'assurance maladie. Assurés, employeurs, professionnels et établissements de santé sont visés par ce dispositif qui rend les sanctions plus dissuasives, proportionnées à la gravité des infractions (amendes jusqu'à 50 % des sommes indues), et instaure des peines planchers. En cas de fraude établie (usage de faux, falsification, actes fictifs, trafics de médicaments...); Un second décret publié le lendemain habilite les directeurs des organismes de Sécurité sociale à recouvrer les prestations indues par voie de contrainte.

> [Décret n° 2009-988 du 20 août 2009](#) habilitant les directeurs des organismes de Sécurité sociale à recouvrer les prestations indues par voie de contrainte, JO du 22/08/2009

[Décret n° 2009-1173 du 1er octobre 2009, JO du 3/10/09](#) : possibilité pour les missions régionales de santé (MRS) volontaires de mettre en place des expérimentations de rémunération des médecins assurant la permanence de soins

[Circulaire DGAS/2C/DSS/1C/CNSA n°2009-253 du 6 août 2009](#) relative à l'application de l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale : expérimentation de la réintégration des médicaments dans les dotations soins des établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du Code de l'Action sociale et des Familles ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur.

## Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010

[Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009](#), JO du 27/12/2009 et [décision du Conseil constitutionnel n° 2009-596 du 22 décembre 2009](#).

[Extrait de : Liaisons sociales, n° 10/2010, 15 janvier 2009]

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 est une loi FSS d'attente. Elle vise essentiellement à limiter le déficit du Régime général en 2010. Dans cette optique, le contrôle des arrêts de travail pour maladie est renforcé, les fonctionnaires étant également concernés. De nouvelles sanctions sont instituées pour lutter contre le travail dissimulé. En

matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, la prévention des risques professionnels se veut plus efficace, par l'instauration d'un système de bonus-malus.

Alors que le déficit de l'Assurance maladie devrait s'établir à 11,5 milliards d'€ en 2009, après 4,4 milliards en 2008, la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 ouvre la voie à la réforme des affections de longue durée, qui représente plus de 60 % des dépenses de l'Assurance maladie.

D'autres mesures vont dans le même sens (par voie réglementaire) :

– le relèvement du forfait hospitalier de 16 à 18 € au 1er janvier 2010 (*arrêté du 23 décembre 2009*) ;

– la diminution du taux de remboursement de certains médicaments (de 35 % à 15 %), dont le service médical rendu est jugé faible (*décret n° 2010-6 du 5 janvier 2010*).

### 1 - Les mesures relatives aux dépenses maladie sont les suivantes :

#### ► **Ondam :**

L'Ondam (objectif national de dépenses d'assurance maladie) pour 2010 est fixé à 162,4 milliards d'€ alors qu'il s'établissait à titre prévisionnel à 157,6 milliards d'€ pour 2009. Si l'objectif de dépenses est en hausse de 3% sur un an, il devra toutefois être contenu, a expliqué le ministre de la Santé le 1er octobre, puisque son respect nécessitera de réaliser 2,2 milliards d'€ d'économies par rapport à la progression tendancielle des dépenses. L'Ondam 2010 a été établi, hors surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à une éventuelle pandémie grippale. Si celle-ci devait conduire à des dépenses supplémentaires, elles ne seraient pas retenues pour l'évaluation d'un risque de dépassement de l'Ondam. Le comité d'alerte ne serait donc pas obligé, lorsqu'il prendra connaissance de la réalisation des dépenses d'Assurance maladie, de prendre en compte le surcoût lié à la pandémie, et donc de déclencher la procédure d'alerte prévue à l'article L. 114-4-1 du CSS. La procédure d'alerte entraîne, en principe, la présentation par les caisses nationales d'assurance maladie de mesures destinées à limiter la progression de l'Ondam.

#### ► **Exonération des examens de suivi d'ALD**

Les assurés qui relèvent des affections de longue durée (ALD) bénéficient d'une exonération de ticket modérateur. Leur nombre était évalué à 8 millions de personnes fin 2007, représentant 14 % des assurés et 62 % des remboursements de l'assurance maladie. Les patients qui ne relèvent plus des affections de longue durée (ALD) pourront, à compter du 1er janvier 2010, bénéficier de l'exonération de ticket modérateur pour les actes et examens médicaux ou biologiques nécessaires au suivi de leur état de santé. Ces « situations cliniques », pour lesquelles une prise en charge à 100 % pourra être accordée, seront déterminées « sur la base de recommandations de la Haute autorité de santé ». Laquelle donnera également son avis sur les conditions et la durée de l'exonération qui seront fixées par décret (*CSS, art. L. 322-310 modifié*). Cette mesure concernerait dans un premier temps le cancer, mais à la lecture de l'article L. 322-3 du CSS, toutes les ALD sont potentiellement concernées. En fait, la mesure s'inscrit dans le droit fil des propositions de la Haute autorité de santé qui, en juin 2009, avait suggéré de ne renouveler l'ALD cancer, au-delà de la durée initiale de cinq ans, que lorsqu'il y a nécessité de poursuivre une thérapie lourde ou de prendre en charge des séquelles liées à la maladie ou au traitement. Cette proposition n'a pour l'heure pas trouvé de traduction législative. Toutefois, l'article 35 de la LFSS 2010 préfigure une mesure de ce type.

## ► Mise sous accord préalable des professionnels de santé

- Alternative à la mise sous accord préalable

En vertu des articles L. 162-1-14 et L. 162-1-15 modifiés du CSS, la mise sous accord préalable des prescriptions des médecins commettant des abus ne sera plus systématique. Le directeur de l'organisme local pourra, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au praticien, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable, de « s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai ». En cas de refus du médecin, la procédure de mise sous accord préalable sera mise en oeuvre. Les modalités d'application de cette mesure seront fixées par décret à paraître. Selon l'exposé des motifs du projet de loi, le délai pour atteindre l'objectif de réduction des prescriptions devrait être fixé à six mois au maximum. À défaut de réaliser l'objectif de réduction des actes, le médecin est redevable d'une pénalité financière équivalente à celle prévue dans le cadre de la mise sous accord préalable classique.

À noter : si la procédure de mise sous accord préalable de l'activité médicale et paramédicale initiée en 2006 a permis de réaliser des économies évaluées à 47,7 millions d'€ en trois ans, sa gestion est coûteuse pour les Cnam qui doivent mettre en place un circuit de liquidation dérogatoire ainsi que pour les services du contrôle médical qui doivent donner des avis sur toutes les prescriptions concernées dans de brefs délais.

- Extension de la mise sous accord préalable

La Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 élargit, par ailleurs, la procédure de mise sous accord préalable des prescriptions d'actes, prestations ou produits médicaux, d'arrêts de travail et de transport en cas de disproportion entre le nombre de prescriptions ou réalisations et le nombre de consultations effectuées », l'objectif étant de cibler la procédure sur les mauvaises habitudes de prescription, quel que soit le volume d'activité. En outre, la comparaison qui s'effectuait jusqu'à présent dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie, pourra être réalisée à moindre échelle, dans le ressort du même organisme local d'Assurance maladie (CSS, art. L. 162-1-15 modifié).

L'ensemble de ces modifications s'appliqueront aux faits postérieurs à la date de publication du décret d'application de l'article L. 162-1-15 modifié de la CSS.

## ► Autres mesures concernant la santé

- l'article 39 : le contrat de bonnes pratiques peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'Assurance maladie (CSS, art. L. 162-12-21 modifié) ;
  - l'article 45 : dans le cadre de la maîtrise médicalisée des transports, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de frais de transport des établissements de santé est créé. Pour ceux qui dépassent ce taux, des sanctions sont appliquées (CSS, art. L. 162-12-21 modifié) ;
  - l'article 48 : la convergence tarifaire intersectorielle des établissements de santé publics est reportée de 2012 à 2018 (art. 33 de la LFSS pour 2004 modifié) ;
  - l'article 48 : une base légale est donnée au paiement qu'effectuera une Cnam, en tant que caisse pivot, à un hôpital situé sur le territoire d'un autre État pour tous les patients concernés relevant d'un régime français de Sécurité sociale (CSS, art. L. 174-2-1 et s modifiés) ;

- l'article 52 : les frais de transport des adultes handicapés fréquentant en accueil de jour des maisons d'accueil spécialisées ou des foyers d'accueil médicalisés sont intégrés dans le budget de ces établissements. Ces frais sont financés par l'Assurance maladie (CASF, art. L. 344-1-2 nouveau) ;
- l'article 56 : le financement de la majoration de parent isolé de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est actuellement à la charge de la CNSA. Il sera progressivement supprimé. En 2010, le financement sera réduit de moitié, en 2011, du quart et en 2012, il sera supprimé (CSS, art. L. 541-4 modifié) ;
- l'article 58 : l'application du forfait journalier hospitalier à un assuré handicapé accueilli dans un établissement médico-social ne peut avoir pour effet de diminuer les ressources de l'intéressé en dessous d'un seuil qui sera fixé par référence à l'AAH, par décret à paraître (CASF, art. L. 344-1 modifié) ;
- l'article 59 : le montant du financement d'une partie des dépenses de personnel et de fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation (ARS) sera fixé par arrêté ministériel et non par la loi. Une participation aux actions de prévention est également prévue. Le montant maximum de la dotation est fixé, en année pleine, à 173 millions pour les dépenses en personnel et de 40 millions pour les actions de prévention ;
- l'article 60 : le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins et le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés seront dotés respectivement, pour l'année 2010, de 228 et 264 millions d'€ tandis que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se verra attribuer 70 millions d'€. Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, quant à lui, à 44 millions pour 2010 ;
- l'article 63 : les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès sont fixés à 179,1 milliards d'€ dont 155,7 milliards pour le seul Régime général ;
- - L'article 90 généralise le dispositif de contre-visite expérimenté depuis 2008 par dix caisses d'assurance maladie, pour contrôler les arrêts maladie. En effet, en cas d'arrêts maladie douteux, l'employeur peut mandater un médecin pour effectuer cette contre-visite et transmettre le rapport au Contrôle médical de la Caisse. Les indemnités journalières peuvent ainsi être suspendues. Le projet de décret sera examiné le 1<sup>er</sup> juillet par l'Uncam.
- l'article 92 : un directeur de Cnam peut désormais contrôler, sur la base de la technique de l'échantillonnage, les activités des pharmacies, laboratoires de biologie médicale, établissements de santé, fournisseurs de produits ou prestations, sociétés de transport sanitaire ou entreprises de taxi (CSS, art. L. 162-1-14-2 nouveau).

► Certaines dispositions relatives à l'assurance maladie ont été censurées par le Conseil constitutionnel :

- les conditions de vente des médicaments non consommés en France ;
- les droits de propriété intellectuelle sur les spécialités pharmaceutiques ;
- la suppression de l'attribution systématique au médecin de la surveillance de la contraception prescrite par une sage-femme ;
- la diffusion, sur des sites, d'informations concernant les professionnels de santé exerçant dans des établissements de santé ;

- la coordination de mesures inscrites dans le Code de la Santé publique ;
- la validation de mesures intervenues en application de la rénovation de la convention collective du 31 octobre 1951 (Fehap).

## 2 - Mesures relatives aux contributions, cotisations et taxes :

On peut citer les modifications apportées aux contributions pharmaceutiques et les contributions des organismes de protection sociale complémentaire à la vaccination contre la grippe A.

### ► **Contribution sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux**

Le taux de la contribution prélevée sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux est porté de 10 à 15% (CSS, art. L. 245- 5-2 modifié). Ce nouveau taux s'applique pour la détermination de la contribution due en 2010. Le plafond d'exonération de la contribution est par ailleurs relevé (CSS, art. L. 245- 5-3 modifié). Sont ainsi désormais exonérées de cette contribution les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxe réalisé au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance en France métropolitaine ou dans les DOM est inférieur à 11 millions d' €, contre 7,5 millions auparavant. Parallèlement, le chiffre d'affaires consolidé est porté de 7,5 à 11 millions d'€ pour apprécier si une entreprise, détenue à 50 %, ou un groupe détenant au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises, est ou non assujettie à cette contribution. La LFSS prévoit enfin qu'une fraction égale à 44 % du produit de cette taxe est désormais affectée à la Haute autorité de santé (CSS, art. L. 161-45, 4° bis nouveau et art. L. 245-5-1 modifié).

### ► **Contribution Ondam « clause de sauvegarde »**

La contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables en ville ou des médicaments rétrocédables et n'ayant pas passé de convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS) est due lorsque leur chiffre d'affaires collectif réalisé sur l'année N s'est accru par rapport à l'année N-1 d'un pourcentage excédant le taux fixé chaque année en LFSS (dit « taux K »). Ce taux a été fixé dans les précédentes LFSS à 1,4 % pour les années 2008, 2009, 2010 et 2011. La LFSS pour 2010 abaisse ce taux à 1 % pour l'année 2010, « dans un contexte de ralentissement de l'activité économique et de prévisions ne faisant pas état de l'arrivée sur le marché des médicaments innovants générant un chiffre d'affaires élevé » (modification du II de l'article 15 de la LFSS pour 2009).

### ► **Remises dues par les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux**

Les fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux peuvent s'engager, dans le cadre de conventions conclues avec le CEPS, à faire bénéficier la branche maladie de remises sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les dispositifs médicaux pris en charge par l'assurance maladie (CSS, art. L. 165-4). La LFSS confie le **recouvrement** de ces remises aux Urssaf de Paris-Région parisienne et de Lyon, déjà compétentes pour l'encaissement de certaines remises et pénalités fixées par le CEPS. Cette mesure entre dans le mouvement de transfert du recouvrement de ce type de contribution en totalité aux Urssaf. L'Acoss précise que cela doit permettre de simplifier les démarches des entreprises de ce secteur.

### ► **Hausse des droits sur les tabacs**

Les minimums de perception sont relevés de 155 € à 164 € par 100 unités pour les cigarettes, et de 85 € à 97 € par 1000 grammes pour les tabacs fine coupe à rouler.

## ► Contribution des complémentaires à la vaccination contre la grippe A

Les organismes complémentaires de santé sont soumis, au titre de la seule année 2010, à une contribution exceptionnelle au financement de la vaccination collective contre la grippe A H1N1, contribution affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour un montant d'environ 300 millions d'€. Cette contribution obéit aux mêmes règles que la contribution au financement de la CMUC en matière de détermination des redevables, d'assiette et de modalités de recouvrement. Son taux est fixé à 0,77 %.

Pour un bilan de la mise en application du PLFSS 2010 : <http://www.assemblee-nationale.fr/13/cr-soc/09-10/c0910068.asp>

### Autres mesures de régulation :

#### [Le règlement arbitral du 5 mai 2010](#)

En l'absence de convention médicale, ce règlement régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux. Une circulaire de la Cnamts détaille les conditions de reconduction des dispositions de la convention médicale de 2005, présente les nouvelles mesures et les dispositions transitoires dans l'attente de l'entrée en vigueur des dispositions issues de la loi HPST. L'augmentation du tarif de la consultation des généralistes de 22 à 23€ est actée pour le 1er janvier 2011 et les thèmes de la maîtrise médicalisée confirmés avec de nouvelles classes thérapeutiques : les antalgiques, les antidiabétiques, les antidépresseurs et les antiostéoporotiques. Les économies attendues pour 2010 au titre de cette maîtrise pour les médicaments s'élèvent à 289 millions €.

### Quelques décrets d'application :

#### **Les dépenses de transports sanitaires prescrites dans les établissements de santé régulés à compter du 1er avril**

Pris en application de l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, le décret du 21 mars 2011, paru au JO du 23 mars, prévoit la mise en place d'une régulation des dépenses de transports prescrites dans des établissements de santé et remboursées sur l'enveloppe des soins de ville. Ce mécanisme, qui entre en vigueur le 1er avril prochain, est fondé sur la fixation annuelle, par arrêté, d'un taux d'évolution national de ces dépenses. "Les ARS seront chargées de suivre, pour chaque établissement de santé, l'évolution des dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville soumises à ce taux", précise le décret. Après un bilan annuel et en cas de non-respect du taux fixé dans l'arrêté, l'ARS pourra proposer à l'établissement de conclure, pour une durée de trois ans, un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins comportant un objectif de convergence de l'évolution des dépenses vers le taux national ainsi qu'un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières. Le décret précise les objectifs ainsi que les modalités d'élaboration et de conclusion de ce contrat. Il fixe également la procédure et les modalités de sanction en cas de refus de signer le contrat ou de non-respect de celui-ci. Ce dispositif vise ainsi à infléchir, sur la base du bilan des dépenses de transport d'une année, l'évolution des dépenses des trois années suivantes. Par ailleurs, les médicaments à SMR modéré (vignettes bleues) et l'homéopathie seront remboursés à 30 % (contre 35 %) et les dispositifs médicaux à 60 % (contre 65 %) à compter du 2 mai 2011, selon un arrêté du 18 mars 2011 relatif à la participation de l'assuré prévue au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, publié le 25 mars. L'UNCAM publiera la liste des médicaments concernés par cette baisse.

> Le décret n° 2011-305 du 21 mars 2011 et l'arrêté du 18 mars 2011 sont consultables dans la rubrique "veille réglementaire"

## Loi de financement de la Sécurité sociale 2011

[Loi n° 2010 du 24 décembre 2010](#), JO du 21/12/2010, [rectificatif](#) et [décision n° 2010-620 DC du Conseil constitutionnel](#)

L'objectif majeur de la loi de financement de la Sécurité sociale 2011 est de réduire le déficit tendanciel du régime général de 28,6 milliards à 21,4 milliards d'euros l'année prochaine – sans comporter pour autant des réformes d'envergure.

Certaines dispositions annoncées comme la fin de la prise en charge systématique des frais de transport pour les patients atteints d'affections de longue durée ne figurent pas ici, car elles nécessitent des mesures réglementaires pour rentrer en vigueur.

## **1 – Mesures à destination des assurés :**

- Maintien des indemnités journalières pendant la période de reconversion (art. 84)

Pour favoriser leur retour à l'emploi, les assurés, en particulier ceux en congé de longue maladie, pourront, avec l'accord de la caisse, accéder à des actions de formation professionnelle pendant un arrêt de travail pour maladie, sans remise en cause du versement des prestations en espèces (CSS, art. L. 323-3-1 nouveau).

Les actions susceptibles d'être suivies par les assurés dans ce cadre sont :

– les actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du Code du travail ;

– ou les actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil (qui pourraient prendre la forme, selon l'étude d'impact annexé au projet, de stages en entreprise). La Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) participera à ces actions de formation, étant précisé qu'elle sera autorisée à utiliser, par exemple, des fonds d'action sociale pour payer le coût de ces dispositifs.

La demande de formation, qui suppose l'accord de son médecin traitant, est adressée à la caisse par l'assuré. La Cpam vérifiera, après avis du médecin-conseil, que la durée des actions de formation est compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail. La caisse est donc libre d'accéder ou non à la demande. En cas d'accord, elle en informe l'assuré et, le cas échéant, l'employeur, ce dernier en informant le médecin du travail.

Pendant cette période de formation, le contrat de travail est suspendu et le versement des indemnités journalières maladie est maintenu (C. trav., art. L. 1226-1-1 nouveau).

- Relèvement de l'aide complémentaire santé (art. 27)

Les personnes résidant de façon stable et régulière en France et dont les revenus dépassent de peu les plafonds fixés pour la CMUC (couverture maladie universelle complémentaire) peuvent prétendre à l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Le montant de cette aide est croissant avec l'âge du bénéficiaire : de 100 € pour une personne âgée de moins de 16 ans à 500 € pour une personne âgée de plus de 60 ans. La LFSS pour 2011 porte le plafond de ressources à ne pas dépasser pour bénéficier de l'ACS de 120 % du plafond de la CMUC (soit 761 € par mois pour une personne seule en métropole, depuis le 1er juillet 2010) à 126 % du plafond de la CMUC en 2011 (soit 799 € par mois) et 130 % à compter du 1er janvier 2012 (CSS, art. L. 863-1 modifié). Le texte précise que le taux de 126 % s'applique aux décisions d'attribution rendues entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011. Le taux de 130 % s'appliquera aux décisions d'attribution prises à compter du 1er janvier 2012.

## **2 - Contrôle de l'évolution des dépenses de santé :**

- Evolution des dépenses d'assurance maladie (art. 89)

Aux termes de la loi, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité, décès sont fixés pour 2011 à 183,5 milliards pour l'ensemble des régimes, dont 159,3 milliards pour le seul régime général. Compte tenu du niveau des recettes, la branche devrait voir son déficit ramené de 14,5 milliards d'€ en 2010 à 11,6 milliards.

➤ Evolution de l'Ondam (art. 90)

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour 2011 est fixé à 167,1 milliards d'€, en hausse de 2,9 % par rapport au montant prévisionnel 2010, ce qui implique quelque 2,4 milliards d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses.

➤ Renforcement du pilotage de l'Ondam par la Comité d'alerte (art. 48)

Suite au rapport de Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, un suivi infra-annuel des dépenses d'assurance maladie est mis en oeuvre pour permettre, le cas échéant, au gouvernement d'édicter des mesures correctrices. Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie devra rendre chaque année, au 15 avril au plus tard, un premier avis sur les risques de dépassement de l'Ondam. Dans cet avis, il analysera les conséquences sur le respect de l'objectif, des anticipations de réalisation de l'Ondam de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Le deuxième avis, prévu pour le 1er juin, perdure. Enfin, un dernier avis pourra intervenir le 15 octobre au plus tard, si l'objectif fixé pour l'année suivante, avant sa transmission par le gouvernement au Parlement en vue de l'examen du projet de loi de financement, « ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie » (CSS, art. L. 114-4-1 modifié).

### **3 – Autres mesures maladie :**

- Modification du taux K de la clause de sauvegarde (de 1 % à 0,5 %) applicable aux entreprises exploitant des médicaments remboursables. Le montant de la contribution due à la branche maladie s'en trouverait augmentée de 50 millions d'euros (art. 19).
- Minoration des abattements du chiffre d'affaires des médicaments orphelins pour le calcul des contributions des grossistes et entreprises de préparation de médicaments. Les médicaments orphelins ne seraient pas retenus dans le calcul du CA sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable (de chaque médicament orphelin) ne dépasse pas 20 millions d'euros (art. 20).
- Révision tous les cinq ans de la nomenclature des actes médicaux pour s'assurer que les actes ou prestations ont un service médical rendu certain (art. 35).
- Possibilité donnée au Comité économique des produits de santé de conclure un accord cadre avec les syndicats concernés pour assurer le suivi des dépenses de dispositifs médicaux (art. 36).

- Création d'une procédure de mise sous entente préalable en cas de transfert d'un patient vers les centres de suite et de réadaptation (art. 37).
- La convergence tarifaire entre hôpitaux publics et hôpitaux privés devrait tendre vers les tarifs les plus bas tous secteurs confondus (art. 38 et 41).
- Financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (art 39).
- Création à titre expérimentale de maisons de naissances (art. 40).
- Distinction au sein de l'Ondam et de l'OQN (objectif quantifié national) du montant afférent aux activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (art. 42).
- Participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés et aux agences régionales de santé (art. 45).
- Possibilité pour les conventions nationales conclues entre l'assurance maladie et les praticiens de prévoir une rémunération à la performance. La convention peut ainsi prévoir, le cas échéant, une rémunération versée en contrepartie du respect d'engagements individualisés (art. 53).
- Cumul d'une pension d'invalidité avec un revenu non salarié (art. 43) : les modalités autorisant le cumul d'une pension d'invalidité avec un revenu tiré d'une activité non salariée sont alignées, à partir du 1<sup>er</sup> juin 2011, sur celles, plus favorables, applicables au cumul d'une pension avec un revenu tiré de la reprise d'une activité salariée.

## Bibliographie

### ► *Historique et réglementation :*

Huguiet M., Lagrave M., Marcelli A. et al., Assurance maladie : un état de lieux. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Vol. 194, n° 6, 2010

Milhaud G., Lagrave M., Historique de l'assurance maladie de sa création à nos jours. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, Vol. 194, n° 6, 2010

Debrand T., Sorasith C., [Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ?](#) Une analyse à partir du modèle Arammis. Paris : Irdes, 2010. Document de travail Irdes ; 32

Elbaum M., Un nouveau modèle de financement pour la santé ? Santé Publique, Vol 22, n° 20, 2010

Tabuteau D., Loi de santé publique et politique de santé. Santé Publique, Vol 22, n° 20, 2010

Le Pen C., [Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?](#) Note de synthèse d'Hippocrate ; 1

Limousin M., Mills C., La protection sociale en danger. Pantin : Le Temps des cerises, 2010

Lancry P.J., Assurance maladie en France : acteurs, rôles, responsabilités. In : Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo LesPresses, 2009

Hassenteufel P., Le rôle de l'Etat dans la régulation de l'assurance maladie. In : Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo LesPresses, 2009

Johanet G., L'échec de la régulation. In : Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo LesPresses, 2009

Elbaum M., Participation financière des patients et équilibres de l'assurance maladie. In : Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo LesPresses, 2009

Gubian A., Quarante ans de financement de l'assurance maladie obligatoire. In : Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses, 2009

Caussat L., Duée M., Un demi-siècle d'évolution des dépenses de santé : une analyse à l'aide des comptes de la santé. In : Traité d'économie et de gestion de la santé. Paris : Editions de santé – SciencesPo Les Presse, 2009

Vacarie I., Allouache A., Ginon A.S., Ferkane Y., Leroy S., *Crise de l'Etat-providence ou crise de la régulation économique ? Les leçons des réformes de l'assurance maladie*. Droit social, n° 11, 2008

Comité d'histoire de la Sécurité sociale, La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes (4 tomes : 1780-2005) / Laroque M. (dir.), Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale, 2005.

Dupeyroux J.J, Borgetto M., Lafore R., Ruellan R., Droit de la Sécurité sociale, Précis, Paris : Dalloz, 2007 et années antérieures

Esping-Andersen G., Palier B., Trois leçons sur l'Etat-providence, Paris : Le Seuil, 2008.

Barbier J.C., The french social protection system in the throes of reform (1975-2007), Paris : Centre d'économie de la Sorbonne, 2007.

Fukusawa A., Les historiens français face à la protection sociale (1950-2000), Le Mouvement social, n° 200, 2002/03.

Dreyfus M., Ruffat M., Voldman D., Valat B., Se protéger, être protégé : une histoire des assurances sociales en France, Rennes : PUR, 2006.

Bonifay C., Borgetto M., Prieur C., Briet R., L'esprit de réforme dans la Sécurité sociale à travers son histoire, Paris : La Documentation française, 2005.

Glant H.C., Histoire politique de la Sécurité sociale française : 1945-1952, Paris : Comité d'Histoire de la Sécurité sociale, 2004.

Tuffreau F., Le Guevel A., Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médicosociale, Rennes : Editions ENSP, 2007.

CHSS, AEHSS, La Sécurité sociale : des origines à nos jours, Paris : La Documentation française, 2006.

Laot L., L'univers de la protection sociale : un héritage en question, Paris : l'Harmattan, 2005.

L'œuvre collective II : 60 ans de Sécurité sociale, Espace social européen, 2005/10.

Palier B., Gouverner la Sécurité sociale, Paris : PUF, 2005.

Hatzfeld H., Du paupérisme à la Sécurité sociale : 1850-1940, essai sur les origines de la Sécurité sociale en France, Nancy : PUN, 2004.

Nezosi G., La gouvernance de la Sécurité sociale, Problèmes politiques et sociaux, n° 913, 2005.

Boumediene M., La place de la loi et du contrat dans la garantie du droit à la protection sociale de 1945 à nos jours, Paris ; Publibook, 2003.

Thenevet A., Les institutions sanitaires et sociales de la France, Paris : PUF, 2002.

Valat B., Histoire de la Sécurité sociale : l'Etat, l'institution et la santé (1945-1965), Paris : Economica, 2001.

Laroque M., Guide de la protection sociale, Paris : Dunod, 2001.

Daligand L., Sécurité sociale, Paris : Masson, 2001.

Huteau G., Sécurité sociale et politiques sociales, Paris : Dalloz, 2001.

Join-Lambert M.T., Politiques sociales, Paris : Dalloz, 1997.

Fillaut T., Le système de santé français 1880-1995, Rennes : Editions ENSP, 1997.

Bichot J., Les politiques sociales en France au XXe siècle, Paris : Armand Colin, 1997.

Dorion G., Guionnet A., La Sécurité sociale : les grands axes de la réforme de 1996, Paris : PUF, 1997.

L'œuvre collective : 50 ans de Sécurité sociale, Paris : Espace social européen, 1995.

Majnoni d'Intignano B., La protection sociale, Paris : Le livre de poche, 1993.

Gueslin A., De la charité médiévale à la Sécurité sociale, Paris : Editions ouvrières, 1992.

Cottureau V., Le droit de la protection sociale en pratique, Paris : Editions d'organisation, 1992.

► *Sur le plan Juppé :*

Beau P., Alain Juppé refonde la Sécurité sociale, Espace social européen : documents & synthèses, n° 13, novembre 1995

Beau P., Plan Juppé sur la Sécurité sociale, Espace social européen : documents & synthèses, n° 17, mars 1996

Dupeyroux J.J., Le plan Juppé I, Droit social, n° 3, mars 1996

Dupeyroux J.J., Le plan Juppé II, Droit social, n° 9/10, septembre-octobre 1996

Dupeyroux J.J., Le plan Juppé III, Droit social, n° 9/10, septembre-octobre 1997

Organisation de la Sécurité sociale : projet d'ordonnance, Liaisons sociales, n° 38/96, 5 avril 1996

Maîtrise médicalisée des dépenses de santé : les points-clés des ordonnances, Liaisons sociales, n° 7483, 27 juin 1996

Réforme de l'hospitalisation publique et privée : projet d'ordonnance, Liaisons sociales, n° 45/96, 23 avril 1996

Réforme de la Sécurité sociale : projets d'ordonnances structurelles : documents d'orientation, Liaisons sociales, n° 28/96 19 mars 1996

Les trois projets d'ordonnances sur la Sécurité sociale, Espace social européen : documents & synthèses, n° 18, avril 1996

► *Sur le plan Douste-Blazy :*

Réforme de l'assurance maladie : projet de loi.; Espace social européen, n° 685, 4 au 10 juin 2004-12-06

Réforme de l'assurance maladie : projet de loi. Liaisons sociales, n° 30/2004, 29 juin 2004-12-06

Réforme de l'assurance maladie. Feuillet rapide Francis Lefebvre, n° 23-04, 6 août 2004

Réforme de l'assurance maladie : maîtrise médicalisée des dépenses et mesures de financement, Liaisons sociales, n° 8513, 31 août 2004

Réforme de l'assurance maladie : la nouvelle gouvernance, Liaisons sociales, n° 14207 (cahier), 3 septembre 2004

La nouvelle gouvernance de l'assurance maladie, Liaisons sociales, n° 14235, 14 octobre 2004

La réforme de l'assurance maladie : loi n° 2004-810 du 13 août 2004, Petites affiches : la loi, n° 44, 3 mars 2005

Guide de vos remboursements maladie : tout ce qui change au 1<sup>er</sup> janvier 2006, Le Particulier, Hors-série, décembre 2005

⇒ *Voir aussi le dossier bibliographique : la réforme de la santé en France 2003-2007, sur le site de l'Irdes : <http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/RefSystSante.pdf>*

⇒ *Pour une présentation en anglais de loi, voir sur le site d'Health Policy monitor :*

*Update on new regional governance in France.*

**Ressources électroniques**

**Sécurité sociale en France : historique et organisation**

<http://www.securite-sociale.fr/comprendre/histo/historique.htm>

[http://www.sante.gouv.fr/assurance\\_maladie/reperes/historique.htm](http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/reperes/historique.htm)

**Portail de l'annuaire sécu : sites Internet et références**

<http://www.annuaire-secu.com/>

[Archives de la Sécurité sociale](#)

⇒ Consulter aussi l'annuaire des sites thématiques de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/Documents/SynthesesThema.pdf>

aux rubriques : Protection sociale et systèmes de santé en France.