

N° 393

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1991-1992

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 juin 1992.

PROJET DE LOI

relatif aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie, CONSIDÉRÉ COMME ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE AUX TERMES DE L'ARTICLE 49, ALINÉA 3, DE LA CONSTITUTION, APRÈS DÉCLARATION D'URGENCE,

TRANSMIS PAR

M. LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

(Renvoyé à la commission des Affaires sociales sous réserve de la constitution éventuelle d'une commission spéciale dans les conditions prévues par le Règlement.)

Est considéré comme adopté par l'Assemblée nationale aux termes de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution, après déclaration d'urgence, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 2729, 2746 et T.A. 654.

Sécurité sociale.

Article premier.

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

« *Art. L. 162-1-1.* – Chaque année, le taux d'évolution global des dépenses présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail, est fixé par un accord conclu entre les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie visée à l'article L. 162-7. Ce taux tient compte des caractéristiques de la population, du progrès technique et médical, des maladies nouvelles et des conjonctures épidémiques, de la démographie des professions de santé ainsi que des modes de coordination des différentes interventions dans le système de soins. »

TITRE PREMIER

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RELATIONS
DES MÉDECINS AVEC L'ASSURANCE MALADIE**

Art. 2.

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

« La ou les conventions déterminent notamment :

« 1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins ;

« 2° le cas échéant, les modalités de financement des actions de formation continue des médecins et l'indemnisation ou la rémunération des médecins qui y participent ainsi que les modalités du financement des programmes d'évaluation de la pratique médicale, des expérimentations et des actions innovantes ;

« 3° les modalités de mise en œuvre de l'article L. 162-6-3 ;

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

modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

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

Art. 3.

L'article L. 162-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-6.* – La ou les conventions, leurs annexes ou avenants n'entrent en vigueur, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction qu'après approbation par arrêté interministériel. Le Conseil national de l'Ordre des médecins est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie médicale.

« Dès leur approbation, la ou les conventions nationales sont applicables à l'ensemble des médecins concernés.

« Toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables :

« 1° aux médecins qui, dans les conditions déterminées par la convention, ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ces dispositions ;

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

Art. 4.

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

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

« 1° des taux nationaux d'évolution prévisionnels des dépenses présentées au remboursement et entrant dans le champ des régimes

d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail. Ces taxes portent sur l'activité des médecins généralistes, d'une part, et des médecins spécialistes, d'autre part. Ils concernent les honoraires des médecins, y compris les frais accessoires. Ils concernent également les prescriptions, à hauteur du montant servant de base au remboursement ;

« 2° les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions ;

« 3° le cas échéant, l'adaptation, en cohérence avec ceux-ci, des taux nationaux prévus au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année que l'annexe détermine.

« *Art. L. 162-6-2.* — A défaut de signature avant le 15 décembre, ou d'approbation avant le 31 décembre, de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-6-1, les taux et les tarifs en vigueur visés à cet article sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an.

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

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

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

« Cette contribution est assise sur les revenus professionnels servant de base au calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Le produit de cette contribution est réparti entre les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article L. 162-8-1. »

Art. 5.

A défaut de signature avant le 15 décembre 1992 ou d'approbation avant le 31 décembre 1992, de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-6-1 du code de la sécurité sociale et applicable à l'année 1993, les tarifs visés au 2° de cet article sont prorogés pour une période ne pouvant excéder un an. Les taux d'évolution en volume des dépenses applicables en 1993 sont égaux à ceux retenus pour l'année 1992 par l'annexe conventionnelle signée pour cette dernière année.

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX UNIONS
DES MÉDECINS EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL**

Art. 6.

Il est créé dans chaque département une union des médecins exerçant à titre libéral.

Chaque union regroupe en une assemblée les élus des collèges prévus à l'article 7. Les élus de chaque collège peuvent se réunir, en tant que de besoin, en section, selon les modalités fixées par décret.

Les unions sont des organismes de droit privé.

Art. 7.

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

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

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

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

Art. 7 bis (nouveau).

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

Art. 8.

Les unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins. Elles assument les missions qui leur sont confiées à cet effet par la ou les conventions nationales visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

Elles participent notamment aux actions suivantes :

- analyse et étude relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie, ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux ;
- évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins ;
- organisation et régulation du système de santé ;
- prévention et actions de santé publique ;
- coordination avec les autres professionnels de santé ;
- information et formation des médecins et des usagers.

Art. 9.

Les unions perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel. La contribution est assise sur le revenu tiré de l'exercice de l'activité libérale de la profession.

Le montant annuel de cette contribution est fixé par décret, après consultation des organisations syndicales de médecins visées à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un taux de 0,50 % du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales.

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

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

Art. 10.

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

TITRE II *BIS*

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RELATIONS DES INFIRMIERS AVEC L'ASSURANCE MALADIE

[Division et intitulé nouveaux.]

Art. 10 bis (nouveau).

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

« Sous-section 5. — Dispositions relatives aux infirmiers.

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

« Art. L. 162-12-2. — Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les infirmiers sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Cette convention détermine notamment :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 2° les tarifs des honoraires et frais accessoires dus aux infirmiers par les assurés sociaux ;

« 3° le cas échéant, l'adaptation, en cohérence avec celui-ci, de l'objectif mentionné au 1° ci-dessus, par zones géographiques et par périodes au cours de l'année, que l'annexe détermine.

« *Art. L. 162-12-5.* — A défaut de la signature d'une convention nationale ou à défaut de son approbation, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers, les mécanismes prévus au 5° de l'article L. 162-12-2.

« *Art. L. 162-12-6.* — A défaut de la signature avant le 15 décembre de l'annexe prévue à l'article L. 162-12-4 ou de son approbation avant le 31 décembre, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers, les éléments mentionnés à l'article L. 162-12-4.

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

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

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

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

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

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

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

« 1^o l'allocation forfaitaire prévue au premier alinéa est due pour sa moitié ;

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

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

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

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

TITRE III

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 11.

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

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

« Les dispositions de la convention nationale des infirmiers prises pour l'application du 5° de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-4 sont adaptées par un décret aux soins infirmiers dispensés par les centres de santé agréés. »

Art. 12.

I. — Le deuxième alinéa de l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même des praticiens et auxiliaires médicaux pour lesquels les caisses décident, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1 de suspendre le versement qui leur incombe en application de l'alinéa précédent. »

II. — Le dernier alinéa de l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même des praticiens et auxiliaires médicaux pour lesquels les caisses décident, dans les conditions prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-14-1 de suspendre le versement qui leur incombe en application du 2°ci-dessus. »

Art. 13.

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

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

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

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

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

Art. 14.

..... Supprimé

Art. 15 (*nouveau*).

L'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-34.* — Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application du dernier alinéa (2°) de l'article L. 162-6, du quatrième alinéa de l'article L. 162-11, du cinquième alinéa (3°) de l'article L. 162-12-3 et du quatrième alinéa (2°) de l'article L. 162-14-3 sont de la compétence des tribunaux administratifs. »

A Paris, le 6 juin 1992.

Le Président,

Signé : HENRI EMMANUELLI.