synthèse de la loi sur l'Assurance Maladie

cette circulaire est envoyée sur liste info-fédé mail

Après trois semaines de débat à l'Assemblée nationale et une semaine devant le Sénat, la loi réformant l'assurance maladie a été définitivement adoptée le 30 juillet 2004.
Elle a fait l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel qui l'a déclarée conforme à la constitution. Deux réserves d'interprétation concernant les mesures financières ont été émises.

Publiée au journal officiel du 17 août, cette loi qui comprend 76 articles répartis en trois grands volets (organisation de l'offre de soins et maîtrise médicalisée des dépenses de santé, organisation de l'assurance maladie et dispositions relatives au financement) doit désormais être mise en œuvre. De nombreux décrets d'application et arrêtés seront donc prochainement publiés. et viendront préciser les modalités d'application de ce texte qui marque un recul social majeur venant s'ajouter à celui des retraites.

Mais les mesures à venir seront encore plus douloureuses et peuvent bien mettre le «feu aux poudres». Avec cette loi, tous les outils d'un système de soins à plusieurs vitesses sont mis en place mais l'enjeu pour le Gouvernement est d'aller encore plus loin et d'en finir avec une Sécu solidaire et obligatoire. La bataille Assurance Maladie n'est donc pas définitivement perdue et peut rebondir.

En attendant un matériel de campagne syndicale interpro plus affinée (prochain travail prévu par la commission protection sociale de «Solidaires», voici donc quelques points phares de la loi et nos commentaires, mais bien évidemment ce document n'est pas exhaustif.

LES ASSURES

Le Dossier Médical Personnel
Au plus tard le 1er juillet 2007, chaque assuré sera titulaire d'un dossier médical personnel constitué de données de santé recueillies à l'occasion de son parcours de soins.
L'accès au dossier sera interdit en dehors du suivi médicalisé (ex: médecin du travail ou conclusion d'un contrat de complémentaire santé).
Le niveau de prise en charge des dépenses engagées par l'assuré social sera subordonné à l'autorisation qu'il donnera au professionnel de santé d'accéder à son dossier. *Cette modulation du taux de prise en charge sera définie par l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) dans des limites fixées par décret en Conseil d'Etat.* ***(art. 3)***

Le protocole de soins des assurés en Affections Longue Durée (ALD)
Pour bénéficier de l'exonération totale ou partielle du ticket modérateur, le patient en affection de longue durée (ALD) devra (hors cas d'urgence) présenter au médecin consulté le protocole de soins établi par le médecin traitant et le médecin-conseil de la caisse qu'il aura dûment signé. **(art. 6).**
Par ailleurs, le protocole de soins doit mentionner les obligations imposées aux bénéficiaires d'une ALD, à savoir :

- se soumettre aux traitements prescrits d'un commun accord par le médecin traitant et le médecin conseil
- se soumettre aux visites médicales et contrôles spéciaux organisés par la caisse,
- s'abstenir de toute activité non autorisée et accomplir les exercices prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel.

Les traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné
Les conditions dans lesquelles l'Assurance maladie prend en charge les soins ou traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné (ex : subutex®) ont été précisées. Une obligation est faite au patient d'indiquer au médecin traitant, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance. Le médecin doit mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par le pharmacien concerné pour ouvrir droit à la prise en charge. **(art. 17)**

Nos commentaires:
Le dossier médical partagé (DMP), mesure phare de la loi Douste est supposée dégager une économie de 3,5 milliards d'euros mais en réalité aucun chiffre n'est réellement crédible d'autant que sa mise en place va nécessiter de gros investissements. Cap Gémini, IBM, Accenture et autres puissantes sociétés de conseil sont sur les rangs pour gagner ce nouveau marché. Ce dossier est un véritable «casier sanitaire et à terme l'usage d'un identifiant dérivé du numéro de sécurité sociale rendra possible le rapprochement des données de santé avec d'autres données personnelles du patient.

D'autre part l'obligation de présenter le DMP à chaque praticien sous peine de non remboursement total ou partiel des actes , consitue une mesure inéquitable, injuste et crée une filière de soins à deux vitesses. Les plus aisés pourront s'en libérer s'ils le souhaitent. On est aussi en droit de s'interroger sur la nécessité pour tous les professionnels de santé d'accéder à toute la vie médicale d'un patient y compris à des informations anciennes délicates (consultation psy, dépression, IVG…) et la manière de faire respecter le droit fondamental qu'est le secret professionnel dans un dossier médical unique ? Des dérives sont à craindre car tous les dispositifs de sécurité envisagés ont des limites à terme, des risques de discrimination à l'embauche, ou à la souscription d'un contrat d'assurance, qu'à une petite échelle comme c'est actuellement le cas dans un cabinet médical, un hôpital ou un réseau de soins. En fait, ce DMP est une arme financière de régulation des soins et un instrument de sanctions des assurés.

Les protocoles de soins prévus pour les ALD, interdisent au praticien tout écart thérapeutique qu'il pourrait cependant juger indispensable à l'amélioration de l'état sanitaire, ou social de son patient. Pourtant ces pathologies de longue durée,on le sait, ont de nombreux effets secondaires, créent des fragilités tant psychologiques que physiques et nécessitent régulièrement des prescritions supplémentaires. A terme c'est aussi l'uniformisation des pratiques médicales, imposé par un haut comité des sages, qui va entraîner la fin de toute alternative aux soins conventionnels. On parle de la liberté du choix du médecin (qui prend du plomb dans l'aile puisque l'UNCAM pourra réserver la prise en charge à 100% aux seuls patients suivis par un réseau de santé !) mais pourquoi ne pas aborder alors la question tout aussi fondamentale de la liberté de prescription et d'en finir avec le chantage des gros trusts pharmaceutiques qui dans ce domaine continue de décider de la pluie et du beau temps….

Une nouvelle phase est engagée, celle du «flicage sanitaire» et la «chasse aux fraudeurs». C'est le choix d'une politique de santé basée sur la repression et non la prévention, dédouanant les patrons et pénalisant les salariés et les professionnels de santé.

Le médecin traitant
Tout assuré ou ayant droit d'au moins 16 ans devra choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) pour bénéficier du ticket modérateur de droit commun.
Si l'assuré n'a pas effectué ce choix ou s'est adressé directement à des médecins relevant de certaines spécialités, le ticket modérateur pourra être majoré. La majoration ne sera pas appliquée, notamment, lorsqu'il est mis en œuvre un protocole de soins (patient en ALD) et en cas d'urgence **(art. 7)**. En outre, les médecins spécialistes consultés directement seront autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations **(art. 8)**. Cependant, certaines spécialités, qui restent à préciser par arrêté, resteront en accès direct (ex: pédiatrie, ophtalmologie,..). Les dépassements d'honoraires resteront à la charge du bénéficiaire de la CMU complémentaire qui consulterait directement un médecin spécialiste **(art. 10).**

<u>Commentaires</u> : On insitue ainsi deux circuits de soins : l'une pour les couches aisées qui iront directement chez les spécialistes à honoraires libres, l'autre, pour ceux qui ne pourront pas y aller et qui passeront par le médecin traitant avec des délais d'attente à la Britannique prévisibles vue la pénurie de médecins. On peut craindre que le spécialiste ne passera pas le même temps avec un patient à honoraires libres qu'avec le patient à honoraires conventionnés. Les consultations privées dans les établissements publics de santé illustrent parfaitement les risques de dérapage que nous dénonçons.

La participation forfaitaire (ou franchise ou ticket modérateur d'ordre public)
Pour responsabiliser les assurés, une participation forfaitaire pour chaque acte ou pour chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin (en cabinet, en établissement ou en centre de santé) et pour tout acte de biologie médicale sera laissée à la charge des assurés.
La franchise est due aussi bien par les assurés malades que par les accidentés du travail ou victimes de maladie professionnelle mais tout assuré verra sa participation plafonnée, par décret, à un nombre maximum de participations forfaitaires.
Seront toutefois exonérées, les personnes hospitalisées (sauf dans le cadre des urgences hospitalières ou consultations externes), les ayants droit de moins de 16 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, les femmes prises en charge par l'assurance maternité **(art. 20).**
Le montant de la participation sera fixé par décret. Il sera a priori, dans un 1er temps, de 1 euro.

Pour inciter les organismes complémentaires maladie à ne pas prendre en charge ce forfait, le bénéfice de l'exonération de charges sociales sur les primes ou cotisations et de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance sera réservé aux contrats répondant à un cahier des charges fixant à la fois un niveau minimal de couverture et des exclusions de prise en charge (comme celle liée à la franchise). Le cahier des charges entrera en vigueur pour tous les contrats concernés à compter du 1er janvier 2006 **(art. 57)**.

<u>Commentaires</u> : L'euro dit symbolique sera amené à croître (comme le forfait hospitalier bientôt fixé à 16 euros). Ce forfait est un nouvel obstacle pour toute une partie de la population qui a déjà dû renoncer à certains soins. C'est aussi un cadeau supplémentaire offert aux patrons dangereux (et ils sont nombreux) puisque les victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles seront aussi mis à contribution.

L'aide pour l'acquisition d'une couverture complémentaire de santé
A compter du 1er janvier 2005, mise en place d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé pour les personnes qui, du fait de leurs faibles ressources, en sont actuellement privées. **(art.56).**
Un crédit d'impôt sera ouvert pour les contrats d'assurance complémentaire de santé individuels souscrits auprès d'un organisme complémentaire par les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond en vigueur pour la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 15 %.
Le montant du crédit d'impôt variera selon le nombre et l'âge (l'âge étant apprécié au 1er janvier de l'année) des personnes composant le foyer. La gestion de ce crédit d'impôt est confiée au fonds de financement de la CMU complémentaire. Les dépenses du fonds de financement de la CMU seront financées par une dotation globale de l'assurance maladie.

Les arrêts de travail et le versement des indemnités journalières
Le versement des indemnités journalières (IJ) sera suspendu lorsque l'assuré ne se soumettra pas à l'obligation de contrôle organisé par le service du contrôle médical **(art. 27*)*.** La caisse informera alors l'employeur de cette suspension. L'employeur aura alors la faculté de suspendre l'indemnisation complémentaire.
En outre, les obligations mises à la charge du bénéficiaire d'indemnités journalières (observer les prescriptions du médecin, se soumettre aux contrôles, respecter les heures de sortie et s'abstenir de toute activité non autorisée) ne figurent plus dans le règlement intérieur des CPAM mais dans la loi afin de leur donner plus de force.
Si ces obligations ne sont pas respectées, les IJ pourront en tout ou partie être retenues. Un contrôle juridictionnel, relevant des juridictions de sécurité sociale, pourra s'effectuer, en cas de recours, sur le montant de la sanction prononcée et son adéquation à l'importance de l'infraction commise par l'assuré. Le paiement indu d'indemnités en espèces sera récupéré en un ou plusieurs versements ou

part retenue sur les prestations à échoir en fonction de la situation sociale du ménage **(art. 29)**.
Par ailleurs, le renouvellement d'un arrêt de travail sera désormais encadré. Le maintien de l'indemnisation est conditionné à la prolongation de l'arrêt par le même médecin prescripteur de l'arrêt initial **(art. 28).**

Commentaires : ***le renforcement des moyens de contrôle est essentiellement administratif. C'est l'évolution à terme vers une protocolisation obligatoire et systématique des actes médicaux et non le contrôle des moyens mis à disposition des assurés. En cas de prestations non médicalement justifiées du fait du professionnel ou de la mauvaise application des référentiels, l'assuré en subira les conséquences en se voyant supprimer ses remboursements.***

La carte Vitale
Les informations inscrites dans la carte Vitale (actes effectués, produits délivrés, prestations servies) seront désormais accessibles au médecin. Une photographie sera apposée sur la carte Vitale 2. La faculté pour les établissements de santé de demander à l'assuré d'attester de son identité est légalement prévue **(art. 21).**

Commentaires : Cette nouvelle carte est en réalité l'instrument nécessaire à la maîtrise comptable des remboursements, introduit par le Plan Juppé. Sa mise en place ne dégagera aucune économie (la fraude est marginale et sans incidence). Mais ce sont des millions d'euros qui vont être dépensés pour sa fabrication.

L'information aux assurés
L'information donnée aux assurés inclut désormais **(art 18)**
- l'adhésion aux contrats individuels de bonne pratique,
- l'adhésion aux contrats de santé publique,
- l'adhésion aux contrats de promotion des bonnes pratiques
- la participation à des actions de formation continue,
- la participation à des actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

Cette mission d'information est confiée aux différents régimes d'assurance maladie. Les vecteurs d'informations utilisés restent à définir.

L'information sur le coût des prestations
Cet article crée l'obligation pour les pharmaciens d'informer l'assuré social porteur de la carte Vitale du coût, pour les régimes d'assurance maladie, des médicaments prescrits. Un décret précisera les conditions de cette obligation de communication. **(art. 22).**
Parallèlement, sur le premier décompte de l'année civile envoyé à l'assuré devra figurer le montant des dépenses engagées par celui-ci au cours de l'année civile précédente.

Les sanctions en cas de fraudes et la récupération des indus
Les abus ou fraudes feront l'objet d'une pénalité financière. Cette sanction pourra être prononcée à l'égard d'un patient par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie dont la demande de remboursement ou le remboursement est indu **(art. 23).**
Les caisses d'assurance maladie sont autorisées à récupérer le montant des prestations indûment versées aux assurés (sous réserve que l'assuré n'en conteste pas le caractère indu) par un ou plusieurs versements ou par retenue sur les prestations à venir en fonction de la situation sociale du ménage **(art. 29).**

LES PROFESSIONNELS DE SANTE

La modernisation des structures conventionnelles (art.48)
La loi refond le dispositif conventionnel et supprime le règlement conventionnel minimal (RCM) applicable aux spécialistes en l'absence de convention.
La convention ou un quelconque accord conventionnel interprofessionnel, est signée entre une organisation syndicale représentant les professionnels de santé et l'union nationale des caisses d'assurance maladie.
En cas de refus majoritaire, les professionnels de santé peuvent s'opposer à cette signature, dans le mois qui suit, par le biais d'au moins deux organisations syndicales représentant pour les médecins la majorité absolue des suffrages exprimés aux dernières élections aux unions régionales, pour les

médecins exerçant à titre libéral.
Pour les autres professions de santé, les organisations désirant s'opposer à la signature doivent représenter au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires.
Une procédure d'arbitrage est créée en cas d'absence d'accord conventionnel ou de ruptures des négociations. Le règlement arbitral est arrêté pour une durée de 5 ans, mais les partenaires conventionnels ont l'obligation de renégocier au plus tard dans les 2 ans suivant son entrée en vigueur.

Aide à l'installation et prise en charge des cotisations sociales
- Pour les médecins libéraux
Les professionnels de santé ou les centres de santé qui s'installeront dans les zones rurales et urbaines sous-médicalisées pourront bénéficier d'une rémunération forfaitaire annuelle. C'est la convention qui définira des dispositifs d'aides à l'installation de ces professionnels de santé libéraux.

- Pour tous les professionnels de santé
Par ailleurs, les conditions de participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations (sociales, familiales, assurance vieillesse, maladie, maternité et décès) seront désormais fixées dans la convention.
L'assiette, le niveau de participation ainsi que les modalités de calcul et de répartition entre les régimes seront également définis par la convention, de même que les modalités de leur modulation en fonction du lieu d'installation ou d'exercice **(art.49**).

Nouvelles technologies
La télémédecine est définie **(art.32)** et la transmission par courrier électronique d'une ordonnance comportant des prescriptions de soins ou de médicaments est autorisée sous certaines conditions. **(art.34).**

Le contrôle
Il est instauré de nouvelles règles pour les professionnels de santé, qui doivent notamment se plier à un contrôle plus stricte.
Les médecins auront désormais l'obligation, sous peine de sanctions, de se soumettre à un contrôle régulier de leur pratique professionnelle, organisé soit par la Haute autorité de santé, soit par un dispositif mis en place par décret **(art.14)**
Ces sanctions sont celles déjà prévues par le code de la Santé publique.
Il sera possible d'obliger un médecin à passer par un contrôle préalable de la CPAM pour la prescription de transports sanitaires ou d'arrêts maladie pendant une période de 6 mois au plus (sauf en cas d'urgence attestée) **(art. 25).**

Les sanctions en cas de fraudes et la récupération des indus
Les abus ou fraudes feront l'objet d'une pénalité financière. Cette sanction pourra être prononcée à l'égard du professionnel de santé, par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie dont la demande de remboursement ou le remboursement est indu **(art. 23)**. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale et il est doublé en cas de récidive.

Autres mesures en bref
· - la contractualisation avec les centres de santé : extension à ces structures du cadre juridique des accords de bon usage des soins ou de bonne pratique **(art. 50);**
· - Création d'un nouveau cadre conventionnel régional tendant à inciter à l'exercice regroupé de plusieurs professionnels de santé, notamment dans les zones sous-médicalisées **(art. 51)**;
· - Prolongation des conventions nationales avec les professions de santé : les conventions sont prolongées jusqu'au 31 décembre 2004 **(art. 52)**.

<u>Nos commentaires</u> : Les médecins engagés dans les procédures d'accréditation (évaluation des pratiques) pourront bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance. Cette aide sera à la charge de la caisse nationale de l'assurance maladie qui se transforme de plus en plus en vache à lait des assureurs privés. Les salariés vont mettre la main au porte-monnaie pour permettre aux assureurs de continuer d'appliquer leurs tarifs prohibitifs et scandaleux.

LA GOUVERNANCE

UNCAM et UNOAMC (art. 55)
Création d'une Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et d'une Union nationale des organismes d'Assurance Maladie complémentaires (UNOAMC).
L'UNCAM coordonne l'action de la CNAM, CANAM (artisans et travailleurs non salariés) et de la CCMSA (mutualité sociale agricole), définit les conditions de remboursement des actes et des prescriptions et fixe leur tarif.
L'UNOAMC sera consultée sur les décisions de l'UNCAM en matière d'inscription au remboursement des actes et prestations et de fixation de la participation des assurés.
Par ailleurs, un partenariat accru est instauré entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires, notamment autour de la négociation conventionnelle avec les professions de santé et les centres de santé, mais aussi pour la définition d'actions communes dans la gestion du risque.

Commentaires : L'UNCAM dont les directeurs seront nommés par l'Etat gèrera le périmètre de ce qui est remboursé. Si les dépenses sont trop importantes par rapport aux prévisions, elle devra alors proposer une variation des taux de remboursements et il n'y aura plus besoin comme aujourd'hui de décret pour fixer les taux de remboursement.

Haute Autorité de santé
Création d'une Haute autorité de santé chargée d'évaluer «produits, actes ou prestations de santé**»**
Ces études contribueront aux décisions de remboursement. Elle reprendra notamment les missions de l'ANAES au 1er janvier 2005, cette dernière étant supprimée **(art. 35 et 36)**.

Commentaires : La haute Autorité sera composé de 8 membres désignés par le Chef de l'Etat, l'Assemblée Nationale, le Président du Sénat, le Président du conseil économique et social. Cette nouvelle institution va permettre de légitimer scientifiquement les déremboursements dans des conditions fixées par l'Etat.

Un Conseil de l'hospitalisation et un Institut des données de santé
Création du Conseil de l'hospitalisation. Il contribuera à l'élaboration de la politique de financement, et à la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relative aux frais d'hospitalisation **(art. 45).**
Il devra être saisi pour recommandation avant toute décision gouvernementale sur la politique de financement des établissements publics de santé **(art. 64).**
Un Institut des données de santé est constitué. Il veillera à la qualité des systèmes d'informations utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données, en respectant l'anonymat.

Un observatoire des risques médicaux
Création d'un Observatoire des risques médicaux recueillant les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales **(art. 15)**.

Un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie
Ce comité a été créé afin d'alerter le parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en cas d'évolutions des dépenses d'assurance maladie incompatible avec ce qui a été voté par le parlement. **(art. 40)**.

Commentaires : Le gouvernement met en place une nouvelle gestion de l'assurance maladie qui s'articule autour de l'UNCAM, l'Union nationale des organismes de protection complémentaire et de la Haute Autorité de Santé. L'objectif est d'organiser progressivement le retrait de l'assurance maladie obligatoire. En introduisant les complémentaires dans la gestion et la régulation du système de soins, on tranforme notre système basé sur la solidarité en un système de marchandisation du soin. Les Mutuelles, qui ont revendiqué leur place dans cette nouvelle «gouvernance» sont placées en situation de concurrence avec les assurances commerciales et ne résisteront certainement pas longtemps aux pratiques tarifaires des assureurs commerciaux.

Calendrier

Rappel de quelques dates clefs…

16 juin 2004 : présentation du projet en Conseil des Ministres
29 juin 2004 : début du débat parlementaire en séance publique à l'Assemblée nationale
20 juillet 2004 : vote du projet de loi à l'Assemblée nationale
27 juillet 2004 : vote du projet de loi au Sénat
30 juillet 2004 : adoption définitive du projet de loi au Parlement
12 août 2004 : validation de la réforme de l'assurance maladie par le Conseil constitutionnel
17 août 2004 : publication de la loi au Journal Officiel (n° 190)

Calendrier prévisionnel de mise en place des principales mesures de la réforme (*annoncé par le Ministère de la Santé et de la protection sociale)* :

- septembre 2004 : sortie des premiers décrets ;

- fin septembre 2004 : mise en place du Conseil de la caisse nationale d'Assurance maladie et du Conseil de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie ;

- décembre 2004 : mise en place de la Haute autorité de santé ;

- fin décembre 2004 : mise en place des conseils des caisses locales, des Caisses primaires d'Assurance maladie et des Unions régionales des Caisses d'assurance maladie, signature d'une nouvelle convention entre les médecins et les caisses ;

- janvier 2005 : début de la mise en place progressive du dispositif du médecin traitant

- deuxième trimestre 2005 : début de l'extension du dossier médical personnel ;

- fin 2006 - début 2007 : généralisation du dossier médical personnel à la France entière.