Département Politique Sociale
Service Actualité Sociale et Négociation

Synthèse et commentaires de la loi du 13 août 2004 sur l'Assurance Maladie

Article 1

Il rappelle l'engagement de la Nation à une AMO universelle et solidaire sans distinction d'âge et d'état de santé. De plus il plaide pour une démarche de qualité et de coordination des soins pour tous les assurés sociaux sans distinction d'un niveau de ressources.

Les engagements de cet article se retrouvent dans la politique préconisée par le Bureau confédéral, de février 2004, dans son préambule sur les orientations de l'assurance maladie.

Article 2

Cet article apporte des garanties à toutes les personnes sur le respect et le secret de la vie privée "sauf cas particuliers prévus par la loi".
Avec l'accord du malade, les professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à une même personne pour assurer la continuité des soins, des traitements, etc.
La loi indique l'obligation de garantir la confidentialité de toutes les informations médicales et prévoit des sanctions en cas de non-respect.
Le diagnostic ou le pronostic grave ne s'opposent pas à en informer la famille ou les proches afin d'apporter un soutien au malade, sauf opposition de sa part.
Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que des informations soient délivrées aux ayants droits après le décès de la personne afin d'en défendre la mémoire et se rassurer sur les causes.

La CFTC approuve cet article car il clarifie la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.
Sur le plan éthique, cela doit concilier soignants, patients et leurs familles.

Article 3

Le dossier médical personnel (DMP) comporte également un volet destiné à la prévention. Il est opposable en exercice professionnel tant en médecine libérale qu'en institution de santé (hôpitaux, cliniques, etc.).
Le patient détient son DMP, il est tenu de le présenter à chaque consultation ou soins. Dans le cas contraire, il y a remise en cause du niveau de prise en charge.

Cependant, le DMP n'est pas accessible, même avec l'accord de la personne dans les cas suivants:
- contrat pour une protection complémentaire,
- contrats de toutes natures (assurance, …),
- contrat de travail,
- médecine du travail.

Les contrevenants s'exposent à des peines prévues par le Code pénal. De même, tout acte de cession à titre onéreux est interdit sous peine de sanctions (**article 4 de la loi**).

La CFTC obtient satisfaction puisqu'elle fût la première organisation syndicale à soutenir le DMP (voir l'avis de Jacques Voisin dans le Quotidien du médecin du 1er mars 2004). De plus, le volet prévention du DMP était une exigence de la CFTC. Le fait que le médecin du travail puisse accéder au DMP d'un salarié lors de son retour de maladie est regrettable. Comment protéger médicalement le patient et promouvoir la santé au travail et la prévention?

Article 5

Un décret déterminera les conditions dans lesquelles un identifiant médical peut être utilisé pour l'ouverture et la tenue du DMP dans l'intérêt de la personne concernée et à des fins exclusives de coordination des soins.

La CFTC souhaite dans un premier temps que le DMP s'applique en priorité aux affections de longue durée (ALD) et aux longues maladies (alcool, drogues, …).

Article 6

Le Haut Comité Médical est remplacé par la Haute Autorité.
Il est établi un protocole de soins coordonné pour toutes les personnes en ALD, utilisé par les professionnels de santé (ville, hôpital). Ce protocole est signé par le patient ou son représentant légal. Le patient ou son représentant est tenu de présenter et de communiquer le protocole auprès du médecin consulté, sauf dérogation en cas d'urgence. Cela peut conditionner la participation de l'assurance maladie à la prise en charge puisque les médecins sont tenus de certifier qu'ils ont bien pris connaissance du protocole.
Dans le cadre des prestations exécutées en réseaux ou en soins coordonnés, il peut y avoir limitation ou suppression de la participation de l'assuré.

La CFTC a toujours défendu les protocoles de soins, dans la mesure où ceux-ci ont été élaborés et acceptés par la communauté médicale. La Haute Autorité n'aura de succès que si elle travaille avec les professionnels de santé car il s'agit de "l'exercice professionnel".

Article 7

Obligation, dès l'âge de 16 ans, de choisir un médecin référent parmi les généralistes, les spécialistes, les médecins hospitalier et les médecins salariés d'un centre de santé.
Pour le jeune de moins de 16 ans, l'avis des parents (du moins l'un d'entre eux) ou le titulaire de l'autorité parentale est nécessaire dans le choix du médecin référent.
Lorsque l'assuré rompt avec son médecin traitant il y a perte des avantages relatifs à cette convention pour le médecin et pour l'assuré.
En cas de non-choix d'un médecin traitant, la participation de l'assurance maladie peut conditionner le niveau de remboursement au moment de consulter un médecin sans prescription du médecin traitant.
Toutefois, en cas d'urgence ou de consultation en dehors du lieu habituel de résidence la sanction énoncée ci-dessus n'est pas appliquée.

La CFTC obtient pleine satisfaction car la quasi-totalité de l'article fait partie des orientations confédérales.

Article 8

Cet article est consacré aux modalités de dépassement d'honoraires pour les assurés sociaux qui consultent sans la prescription du médecin traitant et qui ne relèvent pas du protocole de soins.
Des conditions seront arrêtées ultérieurement pour les consultations hospitalières spécialisées.
Les majorations ne s'appliquent pas en cas d'urgence.

Cette rigueur nécessitera de fournir beaucoup d'information auprès du public. La CFTC avait préconisé lors des discussions et amendements une non-sanction lors de la première visite hors circuit.

Article 9

Cet article conditionne le régime local Alsace-Moselle à appliquer les règles de majoration nationale, aucune substitution n'est possible.

Le régime local d'Alsace-Moselle a un savoir-faire en terme de gestion. Rien ne prouve que la rigidité de la loi du 13 août 2004 portera ses fruits en terme d'accès aux soins, …

Article 10

Quelques modifications du Code de la sécurité sociale.

Article 11

Il peut être créé des accords conventionnels interprofessionnels pour une durée de cinq ans entre plusieurs professions de santé afin de se coordonner sur des pathologies, des traitements, …
Ces conventions sont passées entre l'UNCAM et les organisations représentatives signataires des conventions nationales de chacune de ces professions après avis des conseils de l'ordre concernés. Ces accords peuvent aussi déterminer: une meilleure organisation des soins; des réseaux de santé; une évaluation des pratiques professionnelles; la formation continue afin d'améliorer la qualité des soins.

Ces accords doivent reposer sur la convention médicale nationale afin de garantir une égalité d'accès et de qualité en matière de soins pour l'ensemble de la population. La CFTC adhère à cet article cependant, nous devons rester vigilants sur l'égalité d'accès aux soins.

Article 12

Les consultations médicales dans les maisons médicales.

La CFTC est favorable aux maisons médicales. Nous soutenons également l'idée que des consultations médicales peuvent être organisées dans un espace réservé à cet effet dans des établissements de santé.

Article 13

Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) peuvent passer des contrats au regard du champ de leurs prérogatives avec les réseaux professionnels, les mutuelles, les institutions

de prévoyance et le régime local d'Alsace-Moselle. Les conseils nationaux de l'ordre des professions concernées sont consultés pour avis.
Des accords-cadres entre le ministre de la Santé, l'UNCAM et les fédérations des établissements de santé peuvent être conclus sur des objectifs quantifiés afin d'améliorer les pratiques hospitalières.
Un décret fixe notamment les conditions de la participation des professionnels de santé à la négociation de ces accords et les conditions selon lesquelles ces accords comportent des objectifs quantifiés. Ils peuvent prévoir également un reversement aux établissements de santé d'une partie des dépenses évitées par la mise en œuvre de l'accord et peuvent être rendus opposables.
Des accords peuvent être conclus sur les mêmes sujets, à l'échelon local, par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et un établissement de santé.
Les accords relatifs aux prescriptions hospitalières exécutées par des professionnels de santé en ville sont également signés par l'URCAM.

Cet article est important et plus particulièrement pour les établissements de santé. Cependant, les dépenses évitées sont-elles du domaine de l'exploitation ou de l'investissement? Cette disposition sera difficile à gérer.

Article 14

L'évaluation individuelle est obligatoire pour tous les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers et les médecins exerçant dans des établissements de santé privés.
Le non-respect de cette disposition les expose à une sanction. Ils recevront une notification leur indiquant les faits qui leurs sont reprochés. Suite à cela, ils disposent de 30 jours pour faire connaître leurs observations.

La CFTC est favorable à l'évaluation, celle-ci doit être opposable à tous les médecins.

Article 15

Création d'un observatoire des risques médicaux sur les affections iatrogènes et les infections nosocomiales. La gestion de cet observatoire est confiée à une commission qui devra agir en toute confidentialité auprès de l'office national d'indemnisation des accidents médicaux.

C'est un complément à la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades. Il porte un avis complémentaire à la responsabilité civile professionnelle (RCP).

Article 16

La Haute Autorité de santé est chargée: de missions d'accréditation concernant les médecins hospitaliers; d'élaborer avec les professionnels des référentiels de qualité des soins; de diffuser les référentiels; d'organiser les procédures d'accréditation.
L'accréditation concerne la qualité de la pratique professionnelle ainsi que la prise en charge du patient. Celle-ci est valable pour une durée de 4 ans. Le résultat des accréditations est rendu public.
Après accréditation, les médecins soumis à une assurance risques professionnels pourront bénéficier d'une aide financière.

L'accréditation prise dans les ordonnances de 1996 ne concernait pas la pratique médicale, c'est à dire l'essentiel. La CFTC est favorable à la démarche d'accréditation. Cela représentera cependant un coût important sur le plan humain (nombre de praticiens, formation continue, les équipements, …). Mais cette mesure va dans l'intérêt des malades et c'est avant tout ce que nous souhaitions.

Article 17

Le patient sera tenu d'indiquer au médecin prescripteur le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance des médicaments à chaque prescription. Ce nom devra figurer sur l'ordonnance. L'ouverture du droit à la prise en charge est subordonné à ces conditions.

Cette mesure sera difficile à gérer notamment la nuit et le week-end. Il est indispensable d'en informer les assurés sociaux.

Article 18

Les médecins, grâce à leur adhésion aux contrats, leur participation à la formation continue, aux actions d'évaluation et de coordination des soins, fournissent tous les éléments nécessaires afin de fixer les tarifs et les honoraires. Ces informations permettent également de bien orienter les patients dans le système de soins.

La CFTC est satisfaite de cette mesure. Le contenu de cet article correspond à nos orientations et plus particulièrement la deuxième partie.

Article 19

Cet article rappelle l'obligation faite aux Caisses de vérifier, avant l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, que toutes les dispositions prévues dans les articles précédents sont bien respectées. En cas d'anomalies constatées par la Caisse ou le contrôle médical, ceux-ci apprécient la responsabilité de l'assuré ou du professionnel de santé. En cas d'irrégularité imputable à l'assuré, la Caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.

La loi ne prévoit pas de système de recours pour l'assuré. Celui-ci risque d'en être régulièrement la victime. L'assuré n'est pas le prescripteur. Le partage des responsabilités n'est également pas prévu. Malade et victime c'est trop à la fois.

Article 20

Participation forfaitaire pour chaque acte ou consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin: en ville; en consultation dans un établissement ou centre de santé; pour tous les actes biologiques.
Un décret fixera le nombre de participations forfaitaires supportées par le bénéficiaire au titre d'une année civile ainsi que les dépenses de frais.
La participation financière de l'assuré n'est pas exigée pour ses ayants droits ainsi que pour les bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé (CMU).

Cette disposition, non négociable, a été imposée par le Premier ministre. La CFTC fût la première organisation syndicale à chercher un moyen de contourner cette disposition en exonérant le maximum de personnes. C'est la première fois en France que le patient est taxé sur les soins dont il a besoin. C'est une rupture dans la solidarité alors que le forfait hospitalier finance en partie l'hôtellerie. La CFTC n'a pas approuvé cette mesure.

Article 21

Le médecin peut, avec l'accord du patient, consulter les données de remboursement des soins qu'il prescrit. Cela concerne les soins de ville ou en établissement de santé. Cette mesure sera possible dès l'entrée en vigueur de la nouvelle carte vitale qui sera valable partout en France et propre à

chaque assuré tout au long de sa vie. Cette carte ne pourra pas être utilisée sans le consentement de l'assuré social.
Dans les établissements de santé, toutes les personnes recevant des soins doivent être en mesure d'attester, auprès des services administratifs, de leur identité par la production d'un titre d'identité comportant une photo.

La carte vitale est bien acquise dans le quotidien. Le patient doit avoir conscience qu'il en est l'unique détenteur et qu'aucune utilisation particulière ne peut être faite sans son accord. Dans ce sens, la CFTC est favorable à cet article, de plus il n'est pas choquant de décliner son identité auprès des services administratifs lors d'un séjour en établissement de santé.

Article 22

L'assuré sera informé du décompte de l'année précédente lors du premier remboursement de l'année en cours. Le pharmacien a l'obligation d'informer l'assuré, porteur d'une carte vitale, de la charge que la spécialité représente dans sa région.

La CFTC a demandé à ce qu'un maximum d'informations soit mis à la disposition des assurés sociaux sur leurs dépenses annuelles.
La deuxième partie de l'article nous laisse supposer que l'on cherche à culpabiliser les assurés sociaux. Or, ce n'est pas l'assuré qui prescrit ni ne détermine le prix des médicaments qu'il est amené à consommer.

Article 23

L'inobservation des règles du présent code par les professionnels de santé, les établissements de santé, les employeurs, les assurés … ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge indus, ainsi que le refus par les professionnels de santé de porter les éléments prévus à l'article 3 sur le DMP peuvent faire l'objet d'une pénalité de la part du Directeur de la Caisse.
Une commission est créée afin de régler ces litiges.
La mesure prononcée peut être contestée devant le tribunal administratif.
En cas de pénalité non réglée à temps, une majoration de 10% sera exigée.

Cet article nous laisse supposer que l'assuré social en sera une nouvelle fois la victime. Les Unions Départementales de la CFTC, via leurs administrateurs, auront tout intérêt à organiser des permanences d'accueil à destination des assurés sociaux. Cela va devenir un grand service de proximité.

Article 24

Après trois mois d'interruption de travail d'un assuré, le médecin conseil, le médecin traitant et le médecin du travail devront préparer et étudier si la reprise du travail est possible. Lors de cette période, l'assuré est assisté par une personne de son choix.

Cet article constitue une innovation. Pour autant, nous devons continuer à assister les salariés car il s'agit de maladies lourdes, des AT MP. Les représentants CFTC dans les entreprises devront suivre des formations (colloques, …) pour s'informer sur le sujet. Les administrateurs CFTC au sein de nos Unions Départementales constitueront un support technique.

Article 25

Le Directeur de la CPAM peut décider de suspendre les remboursements des frais de transport et des indemnités journalières, pour une durée n'excédant pas six mois, à un médecin traitant lorsqu'il constate que ce dernier a prescrit trop d'arrêts de travail.
Le Directeur peut se baser sur des statistiques en la matière pour confirmer ses doutes.

La CFTC a toujours considéré qu'il fallait prendre des dispositions contre les abus. Mais gérer et prendre des décisions de suspension de remboursement sur des bases statistiques n'est pas acceptable.

Article 26

Cet article prévoit que les procédures de l'analyse des activités se déroulent dans le respect des droits de la défense, selon des conditions fixées par décret.

Encore heureux que toutes les personnes peuvent se défendre. Mais la parole de l'assuré face à celle du médecin traitant ou du Directeur de la Caisse pèse relativement peu dans la décision finale. La CFTC est contre le fait de se référer à des statistiques pour prendre ce genre de décisions. Les assurés sociaux seront une nouvelle fois les victimes de cette pratique.

Articles 27, 28 et 29

Le contrôle médical est obligatoire et l'assuré est tenu de justifier de son identité par la présentation de sa carte d'identité. En cas de refus, il y a suspension du versement des prestations par le Directeur de la Caisse (**Article 27**).

En cas de prolongation de l'arrêt, l'indemnisation est maintenue à la condition que la continuité soit assurée par le prescripteur initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré (**Article 28**).

En cas de versement indus, il y a récupération soit auprès du professionnel de santé soit auprès de l'assuré. Si l'intéressé ne conteste pas le caractère indu, la récupération peut être appliquée par un ou plusieurs versements ou par des retenues sur des prestations à venir en fonction de sa situation sociale ou familiale (**Article 29**).

Ces articles renforcent les dispositifs de contrôle actuels. S'ils sont conduit avec humanité et objectivité cela va dans le bon sens.

Article 30

Cet article oblige les industries pharmaceutiques à décliner toutes les différences entre les propriétés médicamenteuses.

Cela va dans le bon sens en terme de sécurité thérapeutique.

Article 31

Une charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion des spécialités pharmaceutiques est conclue entre le Comité économique et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament.
Elle vise à encadrer les pratiques commerciales et concerne les produits d'importation.
Les conditionnements des spécialités pharmaceutiques sont présentées au regard des indications thérapeutiques, de la posologie et de la durée de traitement justifiant la prise en charge par l'assurance maladie.

La CFTC approuve cet article car cela fait de nombreuses années que nous réclamons une démarche moralisée et un conditionnement par hypothèse de temps de traitement.

Article 32

Mise en place de la télémédecine, dans le respect des règles de déontologie, sous le contrôle et la responsabilité d'un médecin et en contact avec le patient.

Les évolutions techniques permettent à un spécialiste d'assister un généraliste dans son cabinet. La télémédecine doit faire l'objet d'un accord conventionnel médical.

Article 33

Cet article intègre la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire. Ce schéma en définit les modes opérationnels.

La CFTC approuve cette idée mais ce schéma doit se décliner sur l'ensemble du territoire national afin de rendre les mêmes services à tous les assurés sociaux.

Article 34

Les ordonnances comportant des prescriptions de soins ou de médicaments peuvent être formulées par Courriel. Des conditions de sécurité sont à respecter: intégrité, confidentialité, auteur dûment identifié.

En cas de renouvellement d'ordonnances, la convention doit prévoir les conditions d'utilisation du système afin de garantir une qualité de sécurité aux patients.

Commentaire des articles 2 à 34 (à l'exception de l'article 20)

L'ensemble du dispositif du Titre I sera très difficile à gérer au niveau des Caisses: trop de contrôles et de pénalisations. A l'excès, les sanctions tuent l'intérêt et l'efficacité. La CFTC en souhaitait moins et demandait à ce qu'elles soient plus équilibrées. Pour mettre ces mesures en application il est nécessaire que les Caisses disposent d'un personnel qualifié à la hauteur de leurs besoins.
Une bonne application faite avec rigueur, objectivité et justice sera la clef de voûte de la réussite de la réforme sur la base du Titre I.
L'égalité d'accès aux soins, l'égalité des soins et une maîtrise médicale coordonnée doivent: faire apparaître les réels besoins de la Nation; permettre de mieux appréhender toutes les évolutions pour gérer efficacement les perspectives à moyen terme.
La CFTC, plus que jamais, est attachée à l'AMO, aux complémentaires et plus particulièrement aux institutions de prévoyance collective.
Il est important de s'impliquer dans la mise en place du Titre I tout en gardant sa liberté de s'opposer lorsque cela le nécessitera.

Article 35

Il est crée une Haute Autorité de Santé (HAS), à caractère scientifique et dotée de la personnalité morale. Cette HAS sera également très politique, du fait que ses membres, au nombre de huit, seront nommés par les Présidents de la République, du Sénat, de l'Assemblée nationale et du CES.
La durée du mandat est de six ans, renouvelable une fois. Le collège est renouvelé par moitié tous les trois ans.
Elle chapeaute les missions des autres instances de l'Assurance Maladie et évalue l'efficacité des services rendus. De plus, elle élabore les guides de bons usages des soins, elle établit les procédures

de certification des établissements de santé et participe au développement de l'évaluation sur la qualité de la prise en charge de la population.
Un Directeur sera nommé par le Président de l'HAS, après avis du collège.

Cette HAS répondra à l'autorité de qui? Pour quel résultat? N'est-elle pas un paravent de l'Etat? Nous formulons le vœux qu'elle entretiendra de bonnes relations avec les conseils de l'assurance maladie.

Article 36

Cet article ne comporte que des modifications au Code de la sécurité sociale: mise en place de la HAS; suppression de différents comités, agences, …

Article 37

Article concernant l'éligibilité des membres de l'assemblée de français de l'étranger.

Article 38

Possibilité de créer une commission de contrôle chargée de l'évaluation permanente des lois.

Article 39

Chaque Caisse nationale d'assurance maladie transmet ses objectifs de dépenses et recettes avant le 30 juin au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement. Elles transmettent également des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits afin d'atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses de l'assurance maladie. De plus, les propositions tiennent compte des objectifs de santé publique. Le Conseil de surveillance est saisi pour avis.

La CFTC retrouve en partie ses demandes d'implication dans les prévisions de dépenses et recettes formulées par les partenaires. Toutefois, les objectifs de santé publique, au regard de la loi, relèvent de l'Etat. Qui financera? La CFTC a toujours demandé une réelle transparence dans les financements. Ce dossier doit être suivi avec le plus grand intérêt car nous serons sévèrement jugés sur nos positions.

Article 40

Il est crée un Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Lorsqu'il considère qu'il existe un risque de dépassement sérieux des dépenses d'assurance maladie (supérieur à 1% du seuil fixé par décret) il le notifie au Parlement, au gouvernement et aux Caisses nationales d'assurance maladie.

La création de ce comité était-elle nécessaire?

Article 41

Cet article a pour objectif de fixer la participation des assurés dans les tarifs servant de base de calcul des prestations. Celle-ci peut être réduite ou supprimée, dans des limites et conditions fixées par

décret, par l'UNCAM et après l'avis de l'Union nationale des organismes de l'assurance maladie complémentaire. Le ministre peut s'opposer à cette décision pour des motifs de santé publique.

C'est le jeu du taquet des tarifs en fonction de l'évolution financière. La CFTC n'y serait pas défavorable. Mais sur quelle base? Sur quelles prestations? Cela pourrait être mieux que les déremboursements sauvages. La CFTC en appelle à la prudence.

Article 42

Il est établi, par voie conventionnelle, une hiérarchisation des prestations et des actes. Le ministre peut toujours s'y opposer sur telle ou telle décision.

Cela permettra une actualisation de la classification commune des actes médicaux de façon permanente. La CFTC le souhaitait depuis longtemps.

Article 43

Le Comité économique des produits de santé décide du tarif des produits de santé, sauf opposition des ministres de la santé et de l'économie qui arrêtent dans les quinze jours la décision du comité.

Ce long article tente de moraliser la politique du médicament. Sa complexité permettra toutes les dérives.

Article 44

Peuvent être cumulés avec une pension de retraite, au titre de la fonction publique hospitalière, les revenus tirés d'activités correspondant au cours de l'année 2003 à des services accomplis dans des établissements de santé ou services sociaux et médico-sociaux (par les médecins, infirmières et auxiliaires médicaux).

Article 45

Il est créé auprès du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale un conseil de l'hospitalisation. Il a pour objectif d'élaborer la politique de financement des établissements de santé, de déterminer et de suivre la réalisation des objectifs de dépenses de l'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Conseil donne un avis sur les orientations de la politique salariale et statutaire avec les conséquences financières de chaque projet d'accord ou protocole d'accord destiné à être conclu entre l'Etat et les organisations syndicales. Le Conseil possède un large pouvoir et se substituera à la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins par chevauchement des missions.

C'est une rupture pour les négociations salariales et statutaires car les moyens financiers de l'Etat et ceux de l'assurance maladie ne sont pas comparables en volume et en mobilité. Fallait-il encore un nouveau comité? Le renforcement de la Direction de l'hospitalisation et l'organisation des soins (DHOS) aurait été plus équilibrée. Le ministre de la santé deviendra, en préalable à toute négociation dans la fonction publique, le premier interlocuteur.

Article 46

Cet article complète l'arsenal du contrôle dans les établissements de santé et prévoit les sanctions en cas de dérapage dans la limite de 5% des recettes annuelles de l'assurance maladie de l'établissement.

Cette énième disposition de contrôle est très imposante ce qui rendra son application difficile à mettre en œuvre.

Article 47

Création d'un comité de la démographie médicale associant des représentants de l'Etat, des régimes d'assurance maladie, de l'Union nationale des professionnels de santé, des Unions régionales des médecins libéraux ainsi que des personnalités qualifiées désignées par les ministres concernés.

C'est une bonne décision. La CFTC le souhaitait depuis longtemps. Cependant, nous souhaitons que la politique conventionnelle en soit saisie.

Article 48

Cet article modifie toute une série d'articles concernant la politique conventionnelle et l'obligation faite aux professionnels de santé de respecter les objectifs de dépenses.

Tout cela sera inclu dans des décrets et arrêtés ou par la voie conventionnelle.

Article 49

Dispositif d'aide à l'installation des professionnels de santé dans des zones ciblées moyennant des aides forfaitaires. Il traite également des conditions de participation des Caisses au financement des cotisations au titre de leurs honoraires.
Les conventions fixent l'assiette, le niveau et les modulations en fonction des lieux d'installation.

Une surenchère des zones, difficiles et désertiques, va fleurir. La loi ne prévoit pas de retour en arrière pour une zone devenue calme et sereine. Il faut faire quelque chose en ce sens car vivre dans une campagne, certes isolée, n'est pas forcément synonyme d'une zone difficile.

Article 50

Cet article prévoit l'adhésion des professionnels de santé au centre de santé. Il prévoit également l'adhésion des centres de santé à l'accord national.

Article 51

Possibilité, pour les URCAM, de passer des contrats avec les professionnels de santé afin de faciliter des regroupements notamment dans des zones rurales ou urbaines où il est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Cet article répond aux attentes de la CFTC.

Article 52

Toutes les conventions nationales en vigueur et dont la date d'échéance tombe entre le 1er août 2004 et le 31 décembre 2004 sont prorogées jusqu'au 31 décembre 2004.

Article 53

Chaque Caisse nationale est dotée d'un Conseil et d'un Directeur général. Le Conseil est composé d'un nombre égal de représentants des salariés et d'employeurs désignés par leurs instances nationales au sens de l'article L.133-2 du Code du travail.

Le Conseil ne sera pas paritaire, il perd la négociation conventionnelle mais reste très présent dans le champ de la gestion en récupérant les prévisions de dépenses et recettes de l'assurance maladie. Nous ne sommes pas sûr de siéger au conseil de l'UNCAM.

Article 54

Une année est accordée, après la publication de la présente loi, aux organisations syndicales de salariés et d'employeurs pour soumettre au Gouvernement et au Parlement des propositions de réforme pour une nouvelle gouvernance dans la branche des AT–MP et d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des AT-MP.

La CFTC s'impliquera dans cette réforme.

Article 55

Création d'une Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), d'une Union nationale des organismes complémentaires (UNOC) et d'une Union nationale des professionnels de santé.

L'UNCAM se voit attribuer la négociation des accords, des conventions et assure les relations entre l'AMO, l'AMC et la Haute Autorité de Santé. Elle est dotée d'un Conseil, d'un collège et d'un Directeur général.

Toutes les organisations syndicales ne seront pas représentées au sein de l'UNCAM. Il faut attendre le décret de mise en place pour en savoir plus.

L'UNOC est également doté d'un Conseil. L'UNCAM et l'UNOC examinent annuellement leur programme de négociations ainsi que les actions en matière de gestion du risque.

La CFTC n'a pas émis d'opposition sur la mise en place de cette Union nationale des organismes complémentaires. Cependant, nous souhaitons que chaque union respecte son champ d'intervention afin de préserver au mieux l'intérêt des assurés sociaux.

L'Union nationale des professionnels de santé émet un avis sur les propositions de l'UNCAM et examine avec les autres unions le programme annuel de concertation.

Cette Union pourrait représenter 22 professions, cela constitue une gestion très lourde dans le cadre des négociations.

Globalement, ces trois unions auront des avis et intérêts parfois tellement divergents qu'elles risquent de s'enliser mutuellement. Fallait-il un système aussi lourd? La CFTC avait présenté un schéma beaucoup plus simple.

Article 56

Création d'un crédit d'impôt qui ouvre droit aux contrats d'assurance complémentaire de santé individuels. Ce crédit d'impôt varie en fonction de l'âge de la personne.
La CMUC plafonne à 15% au dessus de la CMU. Le crédit d'impôt ne peut excéder le montant de la prime.

Globalement cet article correspond aux demandes de la CFTC, à l'exception de la partie concernant la CMUC où nous souhaitons un effet de lissage percutant le SMIC. Les effets de seuil chez les personnes en situation de précarité sont toujours négatifs.

Article 57

Cet article est très important car il fixe, pour les bénéficiaires des aides à l'AMC, les différentes prises en charge et leurs niveaux.

Les CPAM auront un travail important pour gérer tout le système.

Article 58

Chaque CPAM est dotée d'un Conseil et d'un Directeur.
Les prérogatives du Conseil sont bien claires, elles auront à gérer le poids de la réforme.
Le Directeur nomme les agents de direction. Le Directeur et l'agent comptable sont nommés par le Directeur de la CNAMTS, après avis du Comité des carrières à la fin de l'installation des nouveaux conseils.

Les Caisses auront beaucoup de conflits à gérer, en plus des services à rendre aux assurés sociaux. Les administrateurs CFTC devront être vigilants sur la qualité des prestations.

Articles 59 et 60

Ces articles visent à coordonner l'offre de soins, en milieu rural, entre les Caisses d'assurance maladie en utilisant les outils nationaux: accords de bons usages des soins; prévention; lutte contre les abus et les fraudes; amélioration de la qualité des services rendus aux usagers.
Les professionnels de santé sont à associer à cette démarche.

La CFTC retrouve, partiellement, dans ces deux articles le principe des "Conférences de consensus". Les administrateurs CFTC dans les départements ruraux sont invités à être des promoteurs d'initiatives.

Article 61

Suppression du statut de droit privé pour les médecins conseils du service médical.

La CFTC y est très favorable, avec l'accord des adhérents.

Article 62

Cet article prévoit le changement d'appellation du "Centre national d'études supérieures de sécurité sociale" en "Ecole nationale supérieure de la sécurité sociale".

Article 63

Cet article prévoit la possibilité pour les Directeurs des organismes de sécurité sociale et les praticiens conseils d'accéder au corps de l'inspection générale des affaires sociales.

Article 64

Cet article crée un Institut des données de santé. Il a pour missions d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés dans la gestion du risque maladie.
Il remet tous les ans un rapport au Parlement.

Fallait-il encore une nouvelle instance? La Haute Autorité de Santé devrait suivre et veiller au bon fonctionnement de l'Institut des données de santé.

Article 65

Cet article prévoit le financement par les Caisses nationales de sécurité sociale du groupement d'intérêt public "Santé - Protection sociale" dans des conditions fixées par arrêté ministériel.

Article 66

Organisation régionale: La loi réaménage l'ensemble du dispositif actuel et met fortement sous la tutelle de l'UNCAM l'ensemble des régions tout en leur confiant des missions élargies.
L'UNCAM établit tous les ans un programme commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie, elle promeut et évalue les actions de coordination, veille à la bonne application du programme d'action et de prévention des CPAM et passe des contrats avec des professionnels de santé.
Un contrat de services est établit entre les URCAM et l'UNCAM.
La gestion administrative de l'URCAM peut être confiée à un organisme local. L'URCAM est dotée d'un Conseil qui a quasiment les mêmes missions que celui de l'UNCAM.
Les Directeurs des URCAM sont nommés par le Directeur de l'UNCAM, après avis des Directeurs des Caisses nationales. Le Conseil de l'URCAM peut s'y opposer à la majorité des 2/3 de ses membres.

La CFTC a toujours défendu la région comme un pôle de la décentralisation. Nous pouvons considérer que la réforme maintien un bon équilibre des activités entre la région et les CPAM. Les administrateurs CFTC auront tout intérêt à se rencontrer régulièrement afin de mettre en commun leurs réflexions à l'échelle régionale. La CFTC doit être garante, par ses propositions, du bon fonctionnement des régions. Toutes les Unions Régionales CFTC sont invitées à organiser cette harmonisation.

Article 67

Cet article concerne l'organisation des soins, la réanimation des réseaux et la coordinations des soins en liaison avec les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH). Le schéma sanitaire régional doit s'harmoniser avec les orientations de la médecine libérale et plus particulièrement en zone rurale.

La CFTC n'a jamais encouragé la mise en place d'usines à gaz. Cependant nous sommes favorables aux réseaux qui ont une définition, un périmètre d'action, une gestion transparente des activités et un coût. La satisfaction des usagers est recherchée avant tout. La coordination des soins s'établit dans un champ des plus restreint: patients, médecins traitant, spécialistes. Le DMP devrait réguler plus étroitement cette coordination.

Article 68

Cet article vise à mettre en expérimentation quelques agences régionales de santé durant quatre ans.

La CFTC a déjà fait des propositions sur ce sujet et s'impliquera avec détermination auprès des régions expérimentatrices.

Article 69

Cet article concerne toute une série de modifications du Code de la sécurité sociale.

Articles 70, 71, 72, 73, 74 et 75

Ils concernent les mesures visant à garantir les ressources de la sécurité sociale.

Ces mesures sont-elles équitables? Seront-elles suffisantes? La CFTC, tout comme d'autres organisations syndicales, a dû subir le dictat du gouvernement (mesures non négociables ou à la marge). La CFTC a toujours défendu l'idée que le financement de la protection sociale, assis sur les cotisations, passait avant tout par l'emploi, la qualification, les revenus, … Cette politique confédérale est solide.

Article 76

Cet article concerne la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES).

La CFTC n'a pas accepté le report de la dette sur les générations futures. L'Etat doit s'acquitter de sa part de dette liée à la conjoncture.
La CFTC doit persévérer sur ses positions dans l'hypothèse d'une reprise économique durable.

André HOGUET