

Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2008

Document de travail par Marie Kayser

J'ai essayé de dégager les points qui me semblaient les plus intéressants à commenter au niveau du PLFFS 2008, ils renvoient à des notes détaillées dans lesquelles j'ai repris le texte du PLFSS, le texte du Code de la Sécurité Sociale que les textes votés vont modifier, l'exposé des motifs et les débats à l'assemblée

Je me suis aidée

1) de la présentation en clair du PLFSS sur le site

<http://www.comptes->

[publics.gouv.fr/directions_services/sircom/finances_etat/comptes_etat/plfss2008.pdf](http://www.comptes-publics.gouv.fr/directions_services/sircom/finances_etat/comptes_etat/plfss2008.pdf)

2) Du texte de projet de PLFSS :

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/projets/pl0284.asp>

3) Des CR des débats en cours qui sont mis sur le site de l'assemblée

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/cra/provisoire/netprovi.asp>

<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/ta/ta0048.pdf>

4) Du code de la sécurité sociale

www.legifrance.gouv.fr/citoyen/uncode.ow?code=CSECSOCL.

Points Principaux

- 1) Un différentiel recettes - dépenses de 11.7 milliards d'euros prévu pour fin 2007 pour le régime général de la Sécurité sociale avec un différentiel de 6,2 milliards pour la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés (Lors du vote de la loi de réforme de l'assurance maladie en 2004 l'équilibre financier était pourtant annoncé pour 2007)
- 2) Le rapport de la commission des comptes de la Sécu indique que les dispositifs d'exonération des charges en faveur de l'emploi devraient atteindre un total de 31.75 milliards d'euros en 2008 (28 milliards en 2007, 24 milliards en 2006). Sur cette somme 2.5 milliards ne seraient pas compensés à la Sécu en 2008 (alors que le gouvernement s'est engagé à tout compenser)
- 3) Les dépenses d'Assurance maladie pour 2007 progresseraient de 4.2 % alors que l'ONDAM prévu était de 2,6 %
- 4) Pour 2008, l'ONDAM pour les soins en ville prévu est de 2.8 % mais il est pourtant annoncé à 3,2 % mais ce chiffre inclut l'apport financier lié aux franchises pour lesquelles on nous assure pourtant qu'elles seront affectées à des besoins nouveaux : Alzheimer, cancers, soins palliatifs. Le faible taux décidé pour l'ONDAM va entraîner obligatoirement un dépassement de l'ONDAM et une intervention du comité d'alerte en juin 2008 (comme cette année) avec essentiellement pénalisation des patients : baisse de remboursements par le mécanisme des franchises. Le PLFSS prévoyant pour les médecins dans le cas de dépassement de l'ONDAM un report des revalorisations prévues au 1^o Janvier suivant.
- 5) Article 25 : I: délai pour mise en route des augmentations tarifaires pour les médecins : note 1
- 6) Article 25 : II: Place plus importante de l'UNOCAM (Union Nationale des organismes Complémentaires) : elle recevra l'avis du comité d'alerte au même titre que L'UNCAM. Elle aura à proposer des mesures de redressement. (note 2)
- 7) Article 25 : III : L'UNOCAM aura un avis consultatif à donner sur toute augmentation tarifaire prévue par la convention (note 3)
- 8) Article 28 : à propos des dépassements d'honoraires : remise d'info écrite sur les dépassements, transmission à la caisse du relevé des dépassements, réalisation d'un minimum d'actes à tarifs opposable (le sénat a déjà déposé des amendements à cet article)
- 9) Article 30 : Possibilité de conventionnement individuel pour les médecins (note 4)

- 10) Article 31 : Possibilité d'autres modes de rémunération pour les médecins que le paiement à l'acte (note 5)
- 11) Article 31 bis : Taxation des feuilles papiers utilisées par le médecins
- 12) Article 33 exclut « tout déconventionnement et non- conventionnement pour lutter contre la répartition inégale des médecins sur le territoire. Les mesures incitatives devront être privilégiées. Les députés vont aussi adopter deux amendements du gouvernement qui appliquent ce dispositif aux autres professions de santé » (note 6)
- 13) Article 35 : de nouvelles franchises sont votées : leur montant va être fixé par voie réglementaire (il est annoncé à : 50 ct d'euro sur les boites de médicaments, et par acte paramédical, 2 euros sur les transports ; le plafond pour ces nouvelles franchises est annoncé à 50 euros par an. En sont exonérés les moins de 16 ans, les femmes enceintes et les patients en CMU. Elles toucheront les patients en ALD et en AT MP (note 7). L'article 35 sur les franchises a été adopté malgré la mobilisation citoyenne , l'avis défavorable de l'UNCAM, le courrier de leaders de 5 confédérations syndicales , les protestations de plusieurs présidents de Caisses d'Assurance maladie Ces franchises vont s'ajouter au Reste à Charge pour les assurés qui s'élevait déjà à 400 euros par an et par assuré en moyenne en 2004 (200 euros pour les soins de ville hors dépassement d'honoraires, 150 euros pour les dépassements d'honoraires , 45 euros pour les soins hospitaliers.)
Ces franchises ne seront pas prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre de contrats dits solidaires bénéficiant d'exonérations fiscales et sociales. L'argumentation de la loi précise « il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé ».
- 14) Article 35 ter (nouveau) : il rend obligatoire pour les bénéficiaires de la CMU la désignation d'un médecin traitant, et supprime la CMU complémentaire en l'absence de médecin traitant (note 8)
- 15) Article 36 : concerne le DMP
- 16) Article 37 concernant les ALD pour polyopathie ou hors liste : il faut que le bénéficiaire soit reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant **mais aussi que** cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; (note 9)
- 17) Article 46: permet la réalisation d'IVG médicamenteuses dans les centres de planification familiale
- 18) Article 54 : Cet article tend, en cas d'accidents du travail successifs, à plafonner le montant des rentes afin d'éviter qu'elles n'excèdent le montant de l'ancien salaire.
- 19) Article 58 : a propos du montant de la compensation par la branche AT MP à la branche maladie des sous déclarations : choix du gouvernement de choisir la fourchette basse de l'estimation, refus de mettre en place des système de type bonus malus pour les employeurs en fonction des taux d'accidents de travail (note 10)
- 20) L'ONDAM pour les soins hospitaliers est de 3,2 %. L'article 42 prévoit le passage des hôpitaux au financement à 100% par la T2A de leur activité avec au plus tard convergence en 2012 des tarifs des établissements publics et privés. Plus de 1000 médecins hospitaliers ont pourtant adressé une lettre au gouvernement pour dire non à la T2A et à la convergence des tarifs public privé
- 21) Article 66 sur la prise en compte des contrôles des officines privées pour supprimer les IJ
- 22) Article 67 sur « mieux détecter la fraude » avec un échange d'information de différentes banques de données
- 23) Article 70 : contrôle par les médecins conseils des bénéficiaires de l'AME
- 24) Article 71 : aligne les horaires de sortie en AT MP sur ceux en maladie

Notes

Note 1. Article 25 : Texte du PLFSS : délai pour mise en route des augmentations tarifaires pour les médecins

- I. – Après l'article L. 162-14-1 du code de la Sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-14-1-1 ainsi rédigé : « *Art. L. 162-14-1-1.* – I. – Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.
- « II. – Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L. O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 pendant une durée ne pouvant excéder un mois. À défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. »

Note 2. Article 25 : II Texte du PLFSS : rôle accru des organismes complémentaires

II. – L'article L. 114-4-1 du même code est ainsi modifié :

- 1° Dans la première phrase du premier alinéa, les mots : « et les caisses nationales d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : «, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire » ;
- 2° La deuxième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots et une phrase ainsi rédigée : « qui sont transmises au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.
- Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement. »

Note 3 : Article 25 : III Texte du PLFSS : rôle accru des organismes complémentaires

III (*nouveau*). – L'article L. 162-15 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

- « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de l'avis mentionné au premier alinéa. »

Cette nouvelle rédaction de l'article 35 fait référence au Code de la Sécurité Sociale

Article L 114.4 Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part.

Note 4 : Article 30 du PLFSS. Conventions individuelles des médecins

I. – La section 2-2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la Sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-21 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-21.* – Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat-type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Ce contrat peut 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 peuvent être liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel.

« Le contrat-type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

« Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis. »

II. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

III. – Après l'article L. 162-5-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-1-1.* – Les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire. »

Exposé des motifs au cours du débat sur l'article 30 à l'Assemblée nationale

Les engagements contenus dans la convention médicale (maîtrise médicalisée, prévention...) sont avant tout collectifs et s'appliquent à l'ensemble des médecins. Le I vise à permettre aux médecins qui souhaitent aller plus loin de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leurs pratiques. Cet engagement pourrait prendre la forme d'un contrat spécifique auprès de leur caisse d'assurance maladie. Ces médecins pourront bénéficier en contrepartie d'une rémunération complémentaire sous réserve que les objectifs prévus dans le contrat soient atteints.

Les thèmes inclus dans ces contrats seront définis par l'UNCAM ; parmi ces thèmes pourront figurer des engagements des médecins sur des objectifs individualisés en matière de prescription, de participation à des actions de prévention et de dépistage au bénéfice de leurs patients, d'amélioration de la continuité et de la coordination des soins, ainsi que de participation à la permanence des soins. Ces thèmes pourront également inclure des actions de formation et d'information au bénéfice des médecins, aux fins d'amélioration de leurs pratiques.

Le II vise à préciser que les engagements de maîtrise médicalisée des médecins peuvent comporter celui d'une prescription plus importante au sein du répertoire des génériques. En effet, à l'instar de ce que l'on observe dans les autres pays européens, il semble utile de conserver toute leur place dans la stratégie thérapeutique à des médicaments dont l'efficacité et la tolérance sont éprouvées.

Afin d'assurer un meilleur suivi des engagements de maîtrise portant sur les prescriptions, le III propose d'exprimer les objectifs en volume, et non en montant, afin de neutraliser les variations des prix, qui ne dépendent pas de l'action des médecins.

Note 5 : Article 31. Autres modes de rémunération que le paiement à l'acte, texte du PLFSS

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par la caisse locale d'assurance maladie dont ils dépendent.

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la Sécurité sociale :

- 1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;
- 2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;
- 3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;
- 4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les expérimentations sont conduites par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. À cet effet, elles passent des conventions avec les professionnels de santé volontaires. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret.

Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expérimentations sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués, ainsi que sur la qualité de ces soins est réalisée par les missions régionales de santé en liaison avec les organismes d'assurance maladie.

II. – À titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations de nature forfaitaire des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

À cette fin, les missions régionales de santé se voient déléguer par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1, les crédits nécessaires. Ce fonds précise les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants de la rémunération forfaitaire des médecins.

Les missions régionales de santé réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville.

III. – L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 3°, après les mots : « Le programme annuel des actions, » sont insérés les mots : « y compris expérimentales » ;

2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret. »

Exposé des motifs à l'Assemblée

III. – L'objectif de cette mesure est d'expérimenter des modes de rémunération novateurs pour les professionnels de santé, alternatifs ou complémentaire au paiement à l'acte. Elle permettra de promouvoir un mode d'exercice qui répond à la fois aux aspirations d'un nombre croissant de professionnels en termes de qualité de travail et de qualité de vie, tout en améliorant la qualité des soins rendus aux patients. Elle permet également de mettre en œuvre de nouveaux modes de coopération entre les différents professionnels concourant à une meilleure prise en charge du patient.

Un décret encadrera ces expérimentations.

II. – Le dispositif de permanence des soins (PDS) en médecine ambulatoire a été largement réformé en 2005.

L'avenant n° 4 à la convention médicale l'a décliné en prévoyant la rémunération de la régulation et des astreintes des médecins libéraux qui y participent.

En fonction des spécificités locales, il apparaît opportun d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation et de financement de la permanence de soins, en laissant plus de marges de décision à l'échelon local et en facilitant une meilleure coopération entre professionnels libéraux et établissements de santé.

À cette fin, il reviendra aux missions régionales de santé choisies pour l'expérimentation de gérer une enveloppe qui leur sera déléguée par le FIQCS.

III. – Les missions régionales de santé seront chargées de mener ces expérimentations avec les professionnels et les structures volontaires.

Note 6 : Article 33 du PLFSS, suppression des mesures restrictives à l'installation des jeunes médecins

Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses

Discussion sur l'article 33 à l'Assemblée nationale

Mme la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports. Cet amendement résulte d'une négociation active menée avec cinq organisations représentatives d'internes. J'en profite pour répondre à Mme Touraine, qui m'interrogeait sur cette représentativité. Les critères habituellement retenus pour sélectionner les partenaires conventionnels, fondés sur une véritable mesure de la représentativité, sont ici inopérants. Il n'en reste pas moins que ces cinq organisations sont les plus dynamiques. Nous avons eu avec elles un dialogue riche et approfondi, et je peux certifier qu'elles représentent parfaitement les aspirations des jeunes médecins, chefs de cliniques, internes et externes.

Pourquoi cet amendement ? Je ne reviens pas sur le constat de la répartition inégale des médecins sur le territoire. Le Gouvernement entend contribuer à résoudre ce délicat problème dans le respect du principe fondamental de la liberté d'installation, en concertation avec l'ensemble des professionnels de santé et acteurs concernés. Dans ce contexte, soucieux de respecter les engagements pris avec les représentants des étudiants, internes, chefs de clinique et jeunes médecins, nous excluons tout déconventionnement ou non-conventionnement.

L'objectif est d'inviter à une négociation globale sur l'évolution de l'organisation de l'offre de soins et de l'implantation des médecins sur le territoire. La mesure trouve donc sa place dans une réflexion structurelle sur l'organisation des soins.

Des états généraux de l'offre de soins réuniront, à compter de janvier 2008, l'ensemble des professionnels concernés. Ils seront pilotés par le professeur Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé, et par la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Une attention toute particulière sera portée aux aspirations légitimes des médecins en formation et des jeunes médecins à une pratique rénovée et une meilleure qualité de vie.

Les conclusions des états généraux, formulées et validées en concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, internes, chefs de clinique, et médecins récemment diplômés ou installés, seront transmises par le ministère à l'UNCAM, à titre de cadrage pour les négociations conventionnelles nécessaires.

Les mesures incitatives devront être privilégiées.

Note 7 : article 35 sur les franchises médicales

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 322-2 est complété par un III ainsi rédigé :

- « III. – En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :
- « 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;
- « 2° 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 ;

- « 3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 du présent code effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.
- « Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent III. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.
 - « Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.
- « Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3.
- « Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés. « Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III. » ;
- 2° L'article L. 322-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2. » ;

Non prise en charge des franchises par les contrats assurance complémentaire dits « solidaires », c'est-à-dire bénéficiant d'exonérations sociales et fiscales

II. – 1. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° de l'article L. 242-1 est complété par les mots : « ou la franchise annuelle prévue au III du même article » ;

2° L'article L. 863-6 est complété par les mots : « ou la franchise annuelle prévue au III du même article » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 871-1 est ainsi modifié : a) Les références : « des 15° et 16° » sont remplacées par les références : « des 13°, 15° et 16° » ;

b) Les mots : « au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles » sont remplacés par les mots : « à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 du présent code et qu'elles respectent les règles ».

2. Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans le 1° *quater* de l'article 83, le deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* et les 15° et 16° de l'article 995, les mots : « ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles » sont supprimés ;

2° Le 13° de l'article 995 est complété par les mots : «, si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ».

Note 8 : Article 35 ter sur la non prise en charge de la part complémentaire pour les patients en CMU n'ayant pas désigné de médecin traitant

Article 35 ter (nouveau)

I. – Après le 3° de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « La prise en charge prévue au 1° est subordonnée à la désignation par les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 d'un médecin traitant dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 162-5-3 et ne couvre pas les consultations d'autres médecins sans prescription du médecin traitant. »

II. – Le présent article n'est applicable qu'à compter du 1er juillet 2008 aux personnes qui bénéficient déjà de la couverture complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale à la date du 1er janvier 2008 ou ont déposé une demande avant cette date.

Article L861-1 du Code de la Sécurité Sociale auquel fait référence cet article

Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Cette révision prend effet chaque année au 1er juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1.

Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

Article L861-3 du Code de la Sécurité Sociale

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de 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.

L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7.

Note 9 : sur les ALD

V. – Le 4° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- « a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;
- « b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; ».

Article L322-3 du code de la Sécurité Sociale

La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

- 1°) lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant ;
- 2°) lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil ;
- 3°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37 ;
- 4°) lorsque le bénéficiaire a été reconnu par le contrôle médical atteint d'une affection non inscrite sur la liste mentionnée ci-dessus, et comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ;

Note 10 : Article 66 sur les contrôles patronaux

Afin de renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical avec les prérogatives de l'employeur telles qu'elles découlent de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, les caisses de sécurité sociale qui, en 2006, ont servi un nombre d'indemnités journalières par assuré supérieur à la moyenne nationale et qui figurent sur une liste fixée par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie expérimentent, par dérogation aux dispositions du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, une procédure fixée comme suit :

1° Lorsque le service du contrôle médical reçoit l'avis mentionné au troisième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, celui-ci, au vu de l'avis :

- b) soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré ;
- b) soit, sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire, demande à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières. La caisse en informe l'assuré et son employeur. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de cette information, l'assuré peut demander à la caisse de saisir le service du contrôle médical qui se prononce dans un délai fixé par décret.

Lorsque le service du contrôle médical, saisi ou non par l'assuré, estime que l'arrêt de travail est médicalement justifié, la caisse maintient ou rétablit le service des

prestations. La décision de maintien ou de rétablissement des indemnités journalières est communiquée, par l'organisme de prise en charge, à l'assuré ainsi qu'à l'employeur ;

2° Lorsque la prescription d'un arrêt de travail est consécutive à une décision de suspension des indemnités journalières, l'organisme de prise en charge suspend le service de ces indemnités et saisit le service du contrôle médical, qui rend son avis dans un délai fixé par décret.

L'expérimentation prend fin le 31 décembre 2009. Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation, assorti des observations des caisses de sécurité sociale ayant participé à l'expérimentation.

Article L315-1 du Code de la Sécurité Sociale que va modifier cet article

I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en oeuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L. 227-1. Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application du dernier alinéa de l'article 1er de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail, ce médecin transmet son avis au service du contrôle médical de la caisse. 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 indemnités journalières après en avoir informé l'assuré.

Exposé des motifs à l'Assemblée nationale

Les actions résolument conduites par la CNAMTS et le service médical de l'assurance maladie ont permis, dans le cadre des orientations fixées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'obtenir des résultats très significatifs en matière de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières. Celles-ci ont en effet vu leur nombre décroître de plus de 3 % par an sur les exercices 2004, 2005 et 2006.

Afin de prolonger ces évolutions, il est désormais nécessaire de renforcer la coordination des actions conduites par le service du contrôle médical et celles menées par les employeurs en vertu des dispositions de la loi dite de mensualisation de 1978.

Il est donc proposé de conduire une expérimentation en ce sens. Dans le cadre de cette expérimentation, le constat médical de l'aptitude du salarié dans le cadre de la contre-visite pourra ainsi entraîner une suspension des indemnités journalières servies par l'assurance maladie, avec l'accord du contrôle médical. Bien entendu, le contrôle

médical des caisses pourra à tout moment, sur simple constatation médicale de l'état de santé de l'assuré, revenir sur cette suspension. En outre, l'assuré aura la possibilité de demander un nouvel examen de sa situation par le contrôle médical.

La mise en œuvre de l'expérimentation sera accompagnée d'une information des employeurs afin qu'ils soient incités à communiquer très en amont avec les organismes de sécurité sociale.

Prendront part à l'expérimentation les caisses de sécurité sociale ayant, dans chacun des régimes concernés, indemnisé le plus grand nombre de jours d'arrêt de travail par assuré en 2006. Durant cette période, les caisses primaires d'assurance maladie ont, en moyenne, pris en charge 4,73 jours d'arrêt de travail par assuré. Les 25 CPAM (sur un total de 128) qui en ont indemnisé le plus grand nombre ont pris en charge plus de 5,83 jours d'arrêt de travail par assuré, le maximum étant de 9,59 jours.

L'expérimentation pourra être suivie par un comité de pilotage associant notamment les médecins conseils, l'Ordre national des médecins et les associations de malades. Elle donnera lieu à une évaluation, en vue notamment de son éventuelle généralisation dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et le rapport d'évaluation sera communiqué au Parlement.

ART. 66 débats à l'assemblée nationale

Mme Martine Billard – La gestion mathématique des indemnités journalières, proposée par l'article 66, est proprement stupéfiante. Dans le cas où les caisses de sécurité sociale auraient servi un nombre d'indemnités journalières supérieur, par assuré, à la moyenne nationale, le service du contrôle médical pourrait en effet procéder à un nouvel examen de la situation de l'intéressé, voire, sans effectuer de contrôle supplémentaire, demander la suspension des indemnités.

Tout cela est bien surprenant. Oubliez-vous qu'il existe déjà des contrôles sur les arrêts de travail ? Il serait invraisemblable de se fonder sur une moyenne nationale. Qui peut croire que le nombre d'arrêts devrait être identique dans le bâtiment et dans l'informatique, secteurs où les conditions de travail n'ont pas le même impact sur la santé ? Ce n'est pas parce qu'il y a plus d'arrêts de travail dans une branche que les salariés sont des tire-au-flanc ! Ne vous abritez pas derrière les statistiques pour réaliser des économies ! Avec vous, il vaut mieux être riche et bien portant, que pauvre et malade... Cet article est donc parfaitement scandaleux. D'où l'amendement 203 de suppression que nous avons déposé.

Je regrette enfin que vous remettiez de plus en plus les contrôles entre les mains des médecins envoyés par les entreprises. Il existe en effet des médecins contrôleurs : s'il y a des abus, il est normal que la caisse suspende le versement des indemnités journalières, mais la décision doit revenir à des médecins indépendants. Chacun connaît en effet les pressions exercées par Renault, qui demande à ses salariés incapables de se déplacer de reprendre le travail à domicile, en violation du droit du travail.

Il faut rappeler aux entreprises que si leurs salariés sont malades, c'est bien souvent en raison de l'intensification du travail. Il est anormal d'envisager les arrêts de travail sous un jour purement mathématique.

M. Roland Muzeau – Comme l'ensemble des membres du groupe GDR, je suis particulièrement choqué par l'article 66. Au prétexte de renforcer la lutte contre la

fraude, vous allez donner aux médecins intervenant à la demande de l'employeur des prérogatives exorbitantes : au lieu d'exercer lui-même un contrôle, le service médical de l'assurance maladie pourra prendre pour argent comptant l'avis de ces médecins, et suspendre les indemnités journalières.

En vous référant à des moyennes, vous incitez les caisses à renoncer à leur mission de contrôle au profit de l'employeur. Vous leur demandez de faire, non plus leur travail, mais du chiffre... Vous comprendrez donc aisément que notre amendement 211 tende à supprimer cet article honteux. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*)

M. Jean-Marie Le Guen – Il y a quelques instants, M. Bur chantait les louanges de la CNAMTS. Il y aurait pourtant, semble-t-il, des endroits où elle est incapable de contrôler les indemnités journalières et donc les arrêts maladie. Faut-il la sanctionner, ou sanctionner les caisses primaires ? Faut-il modifier le contrôle médical ? Non : on préfère sanctionner l'assuré ! Certes, il y a des assurés qui abusent de la situation. Mais il en est d'autres qui sont de bonne foi. Et ce sont eux qu'on va sanctionner, soit en bloquant leurs indemnités journalières – à charge pour eux de faire ensuite un recours auprès du contrôle médical – soit en recourant au médecin de l'entreprise, qui se trouvera juge et partie. C'est encore pire que si la CPAM allait chercher des médecins intérimaires ! La CSMF a d'ailleurs protesté contre cette méthode inqualifiable.

Au nom de quoi ne contrôlerait-on pas les médecins « sur-prescripteurs » ? Il serait pourtant facile de vérifier si leurs prescriptions sont justifiées. Non, vous préférez sanctionner l'assuré. Et c'est cela que vous appelez lutte contre les fraudes, lutte contre les abus ! C'est ahurissant ! Je ne vois pas pourquoi l'assurance maladie n'aurait rien à dire à un médecin « sur-prescripteur » – que ce soit d'arrêts de maladie, d'actes ou de médicaments. Il n'y a aucune raison que ce soient les assurés qui en soient les victimes !

Nous sommes contre la fraude à l'assurance maladie et aux organismes sociaux, mais c'est le travail au noir qui constitue l'un des principaux problèmes. Si vous voulez vraiment lutter contre la fraude, nous pouvons vous donner des adresses (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*).

M. Yves Bur, rapporteur – Ah bon ?

Mme Claude Greff – Si vous les connaissez, c'est que vous cautionnez !

M. Roland Muzeau – Vous les connaissez aussi !

M. Jean-Marie Le Guen – Allez donc dans certains quartiers huppés ! On sait parfaitement bien que des Sri-lankais ou des Philippins employés comme personnel de service n'ont ni carte de séjour ni autorisation de travail ! Des squares entiers de Neuilly et du 16^e arrondissement en emploient ! Allez dans certaines stations de sports d'hiver : vous verrez – comme je l'ai vu moi-même – des chalets peuplés de Sri-lankais surexploités ! Mais cette fraude-là, on n'en parle pas ! (*Protestations sur les bancs du groupe UMP*)

Nous sommes pour la lutte contre la fraude, mais nous ne faisons pas l'amalgame entre la fraude et les abus. Il peut y avoir des abus – tel médecin éprouvera un peu facilement de la compassion. Mais faire l'amalgame entre la fraude et les abus, et entre les abus et la surconsommation, est à la fois une injustice et une grave erreur de diagnostic, que vous payerez cher ! Pour notre part, nous condamnons fermement cette politique d'amalgame, qui tend à culpabiliser tous les assurés (*Nouvelles protestations sur les bancs du groupe UMP*).

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé – Le contrôle médical reste évidemment une prérogative de l'assurance maladie. Ce que nous voulons, c'est coordonner les contrôles et les rendre plus efficaces – ce que l'assurance maladie a commencé de faire avec succès comme le montre l'évolution des dépenses d'indemnités journalières. Il

faut renforcer la coordination entre les contrôles effectués par le service du contrôle médical des caisses d'assurance maladie et ceux effectués par les employeurs dans le cadre de leur droit à la contre-visite médicale, afin d'éviter les arrêts de travail injustifiés qui, convenez-le, existent.

Le contrôle médical des caisses pourra à tout moment, sur simple constatation médicale de l'état de santé de l'assuré, revenir sur la suspension des indemnités journalières. L'assuré peut aussi demander un nouvel examen de sa situation par le contrôle médical. En outre, c'est une expérimentation, qui sera conduite dans un nombre restreint de caisses primaires en 2008. Un comité de pilotage associera l'Ordre national des médecins, les médecins-conseil et les associations de malades. L'expérimentation donnera lieu à une évaluation dont le rapport vous sera communiqué...

Je veux dire à Jean-Marie Le Guen, qui est intervenu avec passion...

M. Philippe Vitel – Il est parti !

Mme Roselyne Bachelot, ministre de la santé – ...que la lutte contre la fraude est aussi dirigée contre les médecins au comportement déviant. La mise sous entente préalable des indemnités journalières est l'une de plus anciennes mesures de lutte contre la fraude qui existent. L'article 26 la renforce, et j'aurais aimé que vous le votiez !

Mme Martine Billard – Je maintiens mon amendement de suppression. Les kinésithérapeutes qui dépassent le nombre d'actes considéré comme normal dans la profession se font rappeler à l'ordre par leur caisse. On pourrait facilement faire la même chose pour les médecins qui abusent. Dans toutes les professions, il y a généralement une marge de fraude – et cette fraude peut être le fait des salariés comme des employeurs ou des médecins. Or ce sont toujours les premiers qui sont visés ! Il arrive pourtant – il y a eu un cas récemment à Marseille – que des médecins signent des arrêts de travail abusifs. Il est anormal qu'on ne s'intéresse qu'au salarié !
(*Protestations sur les bancs du groupe UMP*)

M. Jean-Pierre Door, rapporteur – Mme la ministre a tout dit. L'intérêt de cet article tient à la possibilité pour l'assuré de voir réexaminer sa situation, au rétablissement des indemnités par les caisses lorsque cela est justifié, à l'expérimentation dans les caisses dont les taux d'indemnités journalières sont au-dessus de la moyenne, à l'évaluation, au comité de pilotage... Rejet.

Les amendements 203, 211 et 514, repoussés par le Gouvernement, mis aux voix, ne sont pas adoptés.

L'article 66, mis aux voix, est adopté.

Note 11 : ART. 58

Exposé des motifs

Mme Aurélie Filippetti – Un rapport publié en juin 2005 évalue la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles à un montant compris entre 356 millions et 749 millions : pourquoi, pour les trois exercices précédents, le Gouvernement a-t-il systématiquement retenu la fourchette basse ? Ainsi, pour 2008, il avance le chiffre de 410 millions et prétend qu'il n'y a pas d'éléments nouveaux, alors même qu'une étude récente de l'INED montre l'ampleur de la sous déclaration des AT et de la sous reconnaissance des MP dans notre pays.

Un tel arbitrage ne permettra pas de solder les créances de la branche AT-MP envers la branche maladie. Plusieurs pistes de réforme ont pourtant été évoquées, notamment dans le rapport de Pierre-Louis Baas, comme la réforme de la tarification ou l'instauration d'un système de bonus malus fondé sur la sinistralité de chaque

entreprise : les plus vertueuses cotiseraient moins ; celles où les sinistres restent trop fréquents seraient pénalisées.

Jean-Marie Le Guen a expliqué tout à l'heure que la baisse des accidents du travail aux États-Unis était directement liée à la décision de rendre publics les chiffres d'AT-MP de chaque entreprise. Pour peu que cela puisse se faire en France, il faudrait que les statistiques dont disposent les CRAM soient transmises aux ARACT, afin que les agences puissent travailler sur des données incontestables.

Note 12 : Article 67

Mieux détecter la fraude avec un développement des échanges d'information

Les contrôles seront facilités et rendus plus efficaces en donnant directement aux agents qui en sont chargés un droit de communication sur les données nécessaires, par exemple, à l'établissement de l'adresse d'une personne ou du niveau réel de ses ressources. Comme les services fiscaux, et dans un cadre juridique respectueux des libertés publiques, les agents de contrôle des CPAM et des CAF auront un droit de communication vis-à-vis de tiers (ex : opérateurs de téléphonie, banques, fournisseurs d'accès Internet...) ce qui leur permettra de vérifier les éléments déclaratifs qui ouvrent droit aux prestations. Les inspecteurs des URSSAF auront également accès à ces informations pour détecter plus facilement le travail illégal.

Les URSSAF pourront procéder à des recouvrements à partir de tout constat de travail dissimulé, quel que soit le service qui l'a établi (police, inspection du travail...). (cf. fiche travail dissimulé)

Note 13 : Article 70

Article 70

I. – L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- 1° Le I est complété par les mots : « ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- 2° Dans le III, après les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « , de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, » ;
- 3° Le III *bis* est complété par les mots : « ou à prise en charge par l'État en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- 4° Dans le premier alinéa du IV, après les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie », sont insérés les mots : « de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, ».

II. – L'article L. 315-2 du même code est ainsi modifié :

- 1° Le cinquième alinéa est complété par les mots : « ou de l'État en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- 2° Dans le sixième alinéa, les mots : « l'admission au remboursement » sont remplacés par les mots : « la prise en charge » ;
- 3° Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après les mots : « l'assuré », sont insérés les mots : « ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- 4° Dans la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « tout assuré », sont insérés les mots : « ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».

- III. – Le premier alinéa de l'article L. 315-2-1 du même code est ainsi modifié : 1° Dans la première phrase, après les mots : « des soins dispensés à un assuré », sont insérés les mots : « ou à un bénéficiaire de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;
- 2° Dans la deuxième phrase, les mots : « l'assuré » sont remplacés par les mots : « l'intéressé
- 3° Dans la dernière phrase, après les mots : « à l'assuré », sont insérés les mots : « ou au bénéficiaire de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à »