

Liste des auteurs

Directeurs d'ouvrage

Anne Laude, agrégée des Universités, professeur à l'université Paris Descartes et doyen de la faculté de droit de l'université Paris Descartes, co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'université Paris Descartes (UMR-INSERM 1145).

Didier Tabuteau, professeur associé à l'université Paris Descartes, co-directeur de l'Institut Droit et Santé, responsable de la chaire Santé de Sciences Po.

Contributeurs

Jean-Baptiste Barféty, ancien élève de l'École supérieure des sciences économiques et commerciales (ESSEC) et de l'École nationale d'administration (ENA), inspecteur des affaires sociales.

Pierre-Louis Bras, inspecteur général des affaires sociales, président du Conseil d'orientation des retraites (COR), professeur associé à l'université Paris-Descartes.

Stéphane Brissy, maître de conférences en droit privé à l'université de Nantes, membre de l'Institut Droit et Santé.

Édouard Couty, conseiller maître honoraire de la Cour des comptes, ancien directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé.

Gilles Duhamel, inspecteur général des affaires sociales, chaire santé de Sciences Po.

Marie Grosset, magistrat, membre de la chaire santé de Sciences Po Paris.

Clémentine Lequillier, maître de conférences à l'université Paris-Descartes, membre de l'Institut Droit et Santé.

Marie Mesnil, docteure en droit à l'université Paris-Descartes, membre de l'institut Droit et Santé.

Lydia Morlet-Haïdara, maître de conférences, HDR, à l'université Paris Descartes, vice-doyen de la Faculté de droit, responsable du DU « Santé, droit et société » et du DU en ligne « Contentieux médical », membre de l'Institut Droit et Santé.

La loi santé : regards sur la modernisation de notre système de santé

Pascal Paubel, professeur associé, pharmacien, faculté de pharmacie de Paris, université Paris Descartes, chef de service à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, membre de l'Institut Droit et Santé.

Jérôme Peigné, professeur à l'université Paris Descartes et à l'université Sorbonne Paris Cité, membre de l'Institut Droit et Santé.

Introduction

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est le fruit d'un long processus administratif et législatif. Elle trouve une première origine dans la révision de la loi quinquennale de santé publique de 2004, reportée à plusieurs reprises. Elle peut être également regardée comme l'aboutissement d'engagements politiques relatifs à l'amélioration de l'accès aux soins ou à la reconstitution du service public hospitalier. Enfin, elle s'inscrit dans une démarche placée sous l'égide d'une stratégie nationale de santé, annoncée par le Premier ministre dans sa déclaration de politique générale du 3 juillet 2012 : « C'est tout un système de santé qu'il faut reconstruire. Cette réforme s'inscrira dans une stratégie nationale de santé favorisant une bonne répartition et aussi un bon parcours de soins qui, aujourd'hui, ne mobilise pas assez l'ensemble des professionnels de santé mais qui doit, au-delà des soins de premier recours, reconnaître et soutenir l'hôpital et en particulier l'hôpital public. »

Une communication en conseil des ministres de la ministre des affaires sociales et de la santé, le 16 janvier 2013, a marqué le lancement de cette « stratégie nationale de santé », visant notamment à améliorer le parcours de personnes dans le système de santé, à « rééquilibrer la politique de santé au profit d'une action sur les déterminants de santé », à redéfinir le rôle respectif des professionnels de santé et à mieux prendre en compte les « technologies nouvelles dans le domaine de la santé ». Était également annoncée la mise en place d'un « comité des sages, composé de hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche » chargé de mettre en œuvre cette stratégie. Ce comité a été placé sous la présidence d'Alain Cordier, inspecteur général des finances et membre du collège de la Haute Autorité de santé.

L'élaboration du projet de loi a ensuite fait l'objet d'une longue période de concertation et de maturation qui a donné lieu à la publication de rapports, à l'origine de nombreux articles du texte. Parmi ces travaux, plusieurs peuvent être cités compte tenu de l'importance qu'ils ont eue dans l'élaboration du projet de loi.

Un premier rapport, « Le Pacte de confiance pour l'hôpital », rendu en mars 2013 par Édouard Couty, conseiller maître à la Cour des comptes et ancien directeur général de l'organisation des soins, a insisté sur la nécessité de « rétablir le service public hospitalier », de constituer un service public territorial de santé et de faire évoluer la tarification hospitalière. Un autre rapport intitulé : « Le service public territorial de santé, le service public hospitalier ; Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », a été remis en

mars 2014 par Bernadette Devictor, présidente de la conférence nationale de santé. Il préconisait l'instauration d'un « service public territorial de santé. »

Sur la question de l'accès aux soins, deux rapports ont été remis au Premier ministre, l'un, en septembre 2013, par M^{me} Archimbaud, sénatrice: « L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour un choc de solidarité », et l'autre, en mars 2014, par le Défenseur des droits: « Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et de l'AME ». En juillet 2013, un rapport de l'inspection générale des affaires sociales était établi afin d'analyser la question du tiers payant en médecine de ville¹.

Par ailleurs, un rapport d'information de l'Assemblée nationale, présenté par M. Robiliard, a permis au Gouvernement de disposer des conclusions de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie² en décembre 2013. Quelques mois plus tard, Claire Compagnon a remis à la ministre des affaires sociales et de la santé, un rapport intitulé « Pour l'an II de la Démocratie sanitaire³ », énonçant plusieurs recommandations pour renforcer ou améliorer la participation des usagers et de leurs associations à la définition et à la mise en œuvre de la politique de santé.

Mais le rapport le plus déterminant dans la genèse du projet de loi a bien évidemment été celui du « comité des sages », rendu en juin 2013. Il devait, selon la lettre de mission du 8 février 2013 adressée au président du comité par la ministre des affaires sociales de la santé, proposer pour la stratégie nationale de santé annoncée par le Gouvernement, des « axes de déploiement » et, « pour chacun de ces axes, les objectifs à atteindre et la méthode de travail ». Ce rapport a structuré ses propositions autour de dix-neuf recommandations auxquelles les dispositions du projet de loi ont largement fait écho. Le projet gouvernemental a en particulier pris en compte les recommandations relatives à la promotion de la santé, à l'accompagnement des personnes malades et à la mise en place d'un service public territorial de santé, qui, à lui seul, faisait l'objet de six recommandations. Il a également tiré les conséquences des développements du rapport relatifs à l'accès à l'information et à la création d'un service public de l'information pour la santé. D'autres recommandations ont donné lieu à des mesures moins ambitieuses que celles envisagées par le rapport, comme, par exemple, ce qui concerne la rationalisation du pilotage des politiques de santé et d'assurance maladie.

Le projet de loi a été présenté en Conseil des ministres le 15 octobre 2014. Le dossier de presse synthétisait le projet autour de trois axes: « prévenir avant d'avoir à guérir », « faciliter la santé au quotidien » et « innover pour consolider l'excellence de notre système de santé ». Le projet de loi sobrement intitulé « relatif à la santé », enregistré à la présidence de l'assemblée nationale le même jour, comportait 57 articles alors que la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé en compte 227...

1. E. Marie, J. Roger, « Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville », rapport n° RM2013-143P, inspection générale des affaires sociales, juillet 2013.

2. Rapport d'information n° 1662, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 18 décembre 2013.

3. Rapport remis le 14 février 2014.

La structure du projet faisait apparaître des dispositions de nature très diverse et de portée très inégale, mais visant à développer une approche globale de la politique de santé. Quelques volets emblématiques du projet de loi méritent d'être soulignés.

Le projet abordait tout d'abord la délicate question du rapprochement du pilotage de la politique de santé par l'État et de la politique d'assurance maladie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Il comportait ensuite des dispositions significatives en matière de prévention et de promotion de la santé même si le texte avait pour effet d'abroger le principe de la loi quinquennale de santé publique posé en 2004.

Il accordait également une place importante à la notion de parcours de santé avec des dispositions sur le service territorial de santé au public, l'expérimentation de dispositifs d'accompagnement, le dossier médical personnel rebaptisé dossier médical partagé ou les lettres de liaison à la sortie de l'hôpital.

La généralisation du tiers payant en médecine de ville prévue par le projet est devenue la mesure phare de la réforme dans le débat public. Une importante réforme hospitalière était également contenue dans le texte initial avec le rétablissement du service public hospitalier et la constitution de groupements hospitaliers de territoire (GHT). De même, plusieurs dispositions tendaient à redéfinir les compétences de certaines professions de santé, en introduisant notamment la notion de pratiques avancées et en étendant le droit de prescription à des non-médecins.

Le projet prévoyait également de renforcer la démocratie sanitaire en améliorant la représentation des usagers dans les institutions et en créant une action de groupe sur le champ de la santé. Des dispositions nouvelles visaient à réformer l'accès aux données de santé et à organiser des systèmes d'information. Enfin plusieurs articles d'habilitation visent à permettre au Gouvernement de simplifier et d'harmoniser le droit de la santé, par le biais de la procédure des ordonnances.

La diversité et la multiplicité des mesures contenues dans le projet expliquent les réactions aussi vives que contrastées que le projet gouvernemental a pu susciter, notamment de la part des syndicats de professionnels de santé, des fédérations hospitalières et des associations de patients.

Le débat parlementaire a commencé le 31 mars 2015. La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, Marisol Touraine, a présenté le projet comme s'inscrivant dans la lignée des grandes réformes du système de santé : « Chaque jour, les Français vivent l'excellence d'un système de santé envié et mondialement reconnu. Un système qui a su pendant longtemps s'adapter, évoluer, progresser lorsqu'il s'est retrouvé confronté à de nouveaux défis. Depuis la grande loi de 1958 qui a créé nos centres hospitalo-universitaires, ces changements, ces progrès, nous les devons presque toujours à des choix politiques résolument assumés. C'est avec la loi Évin de 1990 que la France s'est engagée en matière de prévention, dans la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ; c'est avec la loi Aubry de 1999 que la France a permis l'accès de tous aux soins grâce à la création de la couverture maladie universelle ; et c'est avec la loi Kouchner de 2002 que la France est entrée dans la démocratie sanitaire, qui a permis de reconnaître des droits aux patients dans notre système

de santé. » Elle concluait ainsi son intervention : « Voilà, Mesdames et Messieurs les députés, ce qu'est le projet de loi de modernisation de notre système de santé : des mesures concrètes, cohérentes, fortes, pour transformer un système qui a aujourd'hui besoin de relever les défis qui se présentent à lui, et transformer aussi notre manière de prévenir, d'accompagner, de soigner et de guérir. »

Le projet de loi a été adopté en première lecture à l'assemblée nationale le 14 avril 2015. Le Sénat a examiné le projet en première lecture dans la deuxième quinzaine du mois de septembre 2015. Une commission mixte paritaire s'est réunie un mois plus tard et le texte a pu être adopté définitivement le 17 décembre 2015. Le Conseil constitutionnel a fait l'objet d'une double saisine le 21 décembre, par des députés et des sénateurs de l'opposition. Après la décision du juge constitutionnel du 21 janvier 2016 censurant quatre dispositions sur les 227 articles de la loi, cette dernière a été publiée au *Journal officiel* du 27 janvier 2016.

La volumineuse loi de modernisation de notre système de santé comporte six titres symbolisant la volonté d'une démarche globale en matière de santé. Un titre liminaire (articles 1 et 2), intitulé : « Rassembler les acteurs de la santé autour d'une stratégie partagée », s'attache à définir le cadre juridique de la politique de santé. Le titre premier (articles 3 à 63) a pour objet de « renforcer la prévention et la promotion de la santé. » Le titre II : « Faciliter au quotidien le parcours de santé des Français » (articles 64 à 113) entend parvenir à une rationalisation du parcours de santé. Le titre III (articles 114 à 157) a pour ambition d'« innover pour garantir la pérennité de notre système de santé » et le titre IV (articles 158 à 197) regroupe de nombreuses mesures tendant à « renforcer l'efficacité des politiques publiques et la démocratie sanitaire ». Quant au titre V (articles 198 à 227), intitulé : « Mesures de simplification », il adapte diverses dispositions de plusieurs codes et prévoit l'intervention de multiples ordonnances, sur le fondement de l'article 38 de la Constitution, afin de parfaire la réforme engagée par le Gouvernement.

Le projet de loi a donné lieu à un long conflit social entre les pouvoirs publics et les médecins libéraux, dont les organisations syndicales ont largement rejeté la mesure relative à la généralisation du tiers payant. De la fin de l'année 2014 à l'adoption de la loi en décembre 2015, débats publics, tribunes de presse et manifestations de rue ont scandé le calendrier d'adoption du projet. Sur d'autres volets du projet de loi, des inquiétudes comme des attentes se sont exprimées. L'heure est aujourd'hui à la mise en œuvre d'une loi luxuriante qui appelle des dizaines de décrets et plusieurs ordonnances.

Le présent ouvrage propose une analyse juridique des principales dispositions de la loi, avant même l'intervention des textes d'application. Il est le fruit du travail d'experts, d'universitaires et de chercheurs désireux de proposer des clés d'analyse d'une réforme, dont les conséquences peuvent être considérables, et qui devrait affecter la plupart des pans du système de santé. Puissent les chapitres ainsi proposés aux lecteurs aider tous ceux qui contribuent à la modernisation d'un système de santé en pleine mutation, qu'ils aient pour mission d'élaborer la réglementation, de la mettre en œuvre ou de veiller au respect du droit.

*p*artie 1

**Politique de santé
et accès aux soins**

Didier Tabuteau

Chapitre 1

Politique de santé

Article 1

« [...] Il. – Le livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

[...]

2° L'article L. 1411-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-1. – La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun.

La politique de santé relève de la responsabilité de l'État.

Elle tend à assurer la promotion de conditions de vie favorables à la santé, l'amélioration de l'état de santé de la population, la réduction des inégalités sociales et territoriales et l'égalité entre les femmes et les hommes et à garantir la meilleure sécurité sanitaire possible et l'accès effectif de la population à la prévention et aux soins.

La politique de santé comprend :

1° La surveillance et l'observation de l'état de santé de la population et l'identification de ses principaux déterminants, notamment ceux liés à l'éducation et aux conditions de vie et de travail. L'identification de ces déterminants s'appuie sur le concept d'exposome, entendu comme l'intégration sur la vie entière de l'ensemble des expositions qui peuvent influencer la santé humaine ;

2° La promotion de la santé dans tous les milieux de vie, notamment dans les établissements d'enseignement et sur le lieu de travail, et la réduction des risques pour la santé liés à l'alimentation, à des facteurs environnementaux et aux conditions de vie susceptibles de l'altérer ;

3° La prévention collective et individuelle, tout au long de la vie, des maladies et de la douleur, des traumatismes et des pertes d'autonomie, notamment par la définition d'un parcours éducatif de santé de l'enfant, par l'éducation pour la santé, par la lutte contre la sédentarité et par le développement de la pratique régulière d'activités physiques et sportives à tous les âges ;

4° L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1 ;

5° L'organisation des parcours de santé. Ces parcours visent, par la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, en lien avec les usagers et les collectivités territoriales, à garantir la continuité, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et l'efficacité de la prise en charge de la population, en tenant compte des

PARTIE 1. Politique de santé et accès aux soins

spécificités géographiques, démographiques et saisonnières de chaque territoire, afin de concourir à l'équité territoriale;

6° La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale;

7° La préparation et la réponse aux alertes et aux crises sanitaires;

8° La production, l'utilisation et la diffusion des connaissances utiles à son élaboration et à sa mise en œuvre;

9° La promotion des activités de formation, de recherche et d'innovation dans le domaine de la santé;

10° L'adéquation entre la formation initiale des professionnels de santé et l'exercice ultérieur de leurs responsabilités;

11° L'information de la population et sa participation, directe ou par l'intermédiaire d'associations, aux débats publics sur les questions de santé et sur les risques sanitaires et aux processus d'élaboration et de mise en œuvre de la politique de santé.

La politique de santé est adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap et de leurs aidants familiaux.

Tout projet de loi portant sur la politique de santé, à l'exclusion des projets de loi de financement de la sécurité sociale et de loi de finances, fait l'objet d'une concertation préalable avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, les organismes professionnels représentant les mutuelles et unions de mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances et offrant des garanties portant sur le remboursement et l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, l'Union nationale des professionnels de santé, les représentants des collectivités territoriales et l'Union nationale des associations d'usagers du système de santé agréées en application de l'article L. 1114-1.»;

3° L'article L. 1411-1-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-1-1. – La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La stratégie nationale de santé détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. Un volet de la stratégie nationale de santé détermine les priorités de la politique de santé de l'enfant.

Préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé.

La mise en œuvre de la stratégie nationale de santé fait l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics.

Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application du présent article.»;

4° L'article L. 1411-1-2 est ainsi rétabli :

« Art. L. 1411-1-2. – Les actions de promotion de la santé reposent sur la concertation et la coordination de l'ensemble des politiques publiques pour favoriser

à la fois le développement des compétences individuelles et la création d'environnements physiques, sociaux et économiques favorables à la santé. Des actions tendant à rendre les publics cibles acteurs de leur propre santé sont favorisées. Elles visent, dans une démarche de responsabilisation, à permettre l'appropriation des outils de prévention et d'éducation à la santé.» ;

5° L'article L. 1411-2 est ainsi rédigé :

« Art. L. 1411-2. – Dans le cadre de leurs compétences et dans le respect des conventions les liant à l'État, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent à la mise en œuvre de la politique de santé et des plans et programmes de santé qui en résultent.

Ils poursuivent les objectifs, définis par l'État et déclinés par les agences régionales de santé, visant à garantir la continuité, la coordination et la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'une répartition territoriale homogène de l'offre de services de prévention et de soins.»

6° Après le mot : « lors », la fin de la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 1411-3 est ainsi rédigée : « de l'élaboration de la stratégie nationale de santé.» ;

[...]

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

1° Le quatrième alinéa du I de l'article L. 111-2-1 est ainsi rédigé :

« En partenariat avec les organisations représentatives des professionnels de santé et les associations agréées en application de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique, les organismes gestionnaires des régimes d'assurance maladie concourent, dans les conditions prévues à l'article L. 1411-2 du même code, à la mise en œuvre de la politique nationale de santé définie par l'État.» ;

[...]

Article 162

I. – La section 1 du chapitre II *bis* du titre VIII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 182-2-1-1 est ainsi rédigé :

« Art. L. 182-2-1-1. – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et afin d'assurer la mise en œuvre de la politique de santé définie à l'article L. 1411-1 du code de la santé publique, l'autorité compétente de l'État conclut avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie un contrat dénommé "plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins", qui définit, pour une durée de deux ans, les objectifs pluriannuels de gestion du risque et les objectifs relatifs à l'efficacité du système de soins communs aux trois régimes membres de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Ce plan définit, au sein de programmes nationaux, les actions concourant à la mise en œuvre de ces objectifs et relevant de chacun des signataires. Les programmes nationaux sont établis par un Comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins, dont la composition et les modalités de fonctionnement sont définies par arrêté. Le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins est décliné dans chaque région par un plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, défini dans les conditions prévues à l'article L. 1432-2 du code de la santé publique.

PARTIE 1. Politique de santé et accès aux soins

Les modalités de mise en œuvre du plan pluriannuel régional de gestion du risque et d'efficacité du système de soins sont déterminées par une convention établie dans le respect d'un contrat type défini par le Conseil national de pilotage des agences régionales de santé et conclue, pour le compte de l'État, par le directeur général de l'agence régionale de santé et, pour les régimes d'assurance maladie, par leur représentant désigné par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En l'absence de désignation de son représentant par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ce dernier est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

La convention prévue au quatrième alinéa du présent article prend en compte les particularités territoriales et peut adapter les actions de gestion du risque et relatives à l'efficacité du système de soins en fonction de celles-ci ou prévoir des actions spécifiques.

Le suivi de la mise en œuvre du plan national et des plans régionaux est assuré par le Comité national de la gestion du risque et de l'efficacité du système de soins.»;

2° Le 7° de l'article L. 182-2-3 est ainsi rédigé:

« 7° Les orientations relatives au projet de plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins prévu à l'article L. 182-2-1-1.»;

3° Au 2° du I et au dernier alinéa du II de l'article L. 182-2-4, les mots: "contrat d'objectifs" sont remplacés par les mots: "plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins".

II. – Le titre III du livre IV de la première partie du code de la santé publique est ainsi modifié:

1° La première phrase du g du 2° de l'article L. 1431-2 est ainsi rédigée:

« Dans les conditions prévues à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, elles définissent et mettent en œuvre, avec les organismes d'assurance maladie et avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les actions régionales déclinant le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins ou le complétant.»;

2° L'article L. 1433-1 est ainsi modifié:

a) Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés:

« Il définit le contrat type prévu à l'article L. 182-2-1-1 du code de la sécurité sociale, régissant les modalités de mise en œuvre des plans régionaux de gestion du risque et d'efficacité du système de soins.

Il valide toutes les instructions qui sont données aux agences. Il conduit l'animation du réseau des agences.»;

b) Le quatrième alinéa est complété par les mots: « notamment sur la base des contrats définis à l'article L. 1433-2».

Article 164

I. – Le titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié:

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 162-5 est supprimé;

2° La section 3.1 du chapitre II est complétée par des articles L. 162-14-4 et L. 162-14-5 ainsi rédigés:

« Art. L. 162-14-4.-Les conventions nationales mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-32-1 précisent, par

un ou plusieurs contrats types nationaux, les modalités d'adaptation régionale des dispositifs définis au 4° du I de l'article L. 162-14-1 du présent code visant à favoriser l'installation des professionnels de santé ou des centres de santé en fonction des zones d'exercice déterminées en application de l'article L. 1434-8 du code de la santé publique.

Elles peuvent prévoir, par les mêmes contrats types, des modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles, à l'exception de celles relatives aux tarifs prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du présent code et aux rémunérations de nature forfaitaire fixées par les conventions.

Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans le respect des contrats types nationaux, les contrats types régionaux comportant les adaptations applicables dans la région.

II. – Chaque professionnel de santé ou centre de santé conventionné établi dans le ressort de l'agence peut signer un ou plusieurs contrats conformes à ces contrats types régionaux avec le directeur général de l'agence régionale de santé et un représentant des régimes d'assurance maladie désigné à cet effet par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En l'absence de désignation de son représentant par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, ce dernier est désigné par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – La participation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie au financement de tout avantage financier prévu par ces contrats est prise 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.

Art. L. 162-14-5. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent définir conjointement des lignes directrices préalablement aux négociations des accords, contrats et conventions prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie prend en compte ces lignes directrices dans la définition des orientations mentionnées au 4° de l'article L. 182-2-3. » ;

[...]

1. Projet de loi n° 2302, enregistré à l'Assemblée nationale le 15 octobre 2014.