

N° 2208

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 23 mars 2005.

RAPPORT

DÉPOSÉ

en application de l'article 86, alinéa 8, du Règlement

PAR LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES

*sur la mise en **application de la loi n° 2004-810** du 13 août 2004
relative à l'**assurance maladie***

ET PRÉSENTÉ

PAR M. Jean-Michel DUBERNARD,

Député.

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	5
I.- UN PROCESSUS EXEMPLAIRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA LOI	7
A. PLUSIEURS ARTICLES DE LA LOI SONT DEVENUS APPLICABLES DÈS LE LENDEMAIN DE LEUR PUBLICATION AU JOURNAL OFFICIEL	7
B. UNE TRÈS GRANDE PARTIE DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES D'APPLICATION ÉTAIT DÉJÀ PUBLIÉE EN DÉCEMBRE 2004	8
1. Un calendrier très resserré	8
2. Un rythme soutenu de publication des textes d'application dès le début de l'automne 2004	9
C. LA COMPLEXITÉ DE CERTAINS DOSSIERS IMPOSE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DIFFÉRÉE DE QUELQUES ARTICLES	10
a) <i>Les dispositions relatives aux données personnelles de santé</i>	10
b) <i>Le déploiement de la nouvelle carte Vitale en 2006</i>	11
c) <i>Les dispositions relatives aux contrats d'assurance complémentaire de santé « responsables »</i>	11
d) <i>La création expérimentale d'agences régionales de santé (ARS)</i>	11
e) <i>L'extinction de la dette sociale</i>	11
f) <i>Le parcours de soins coordonnés et la modulation de la participation de l'assuré : un cas particulier</i>	12
II.- LES OUTILS ET LES ACTEURS NÉCESSAIRES AU SUCCÈS DE LA RÉFORME ONT ÉTÉ MIS EN PLACE	13
A. LES INSTANCES DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE ÉTAIENT INSTALLÉES LE 31 DÉCEMBRE 2004	13
1. La Haute autorité de santé	13
2. La mise en place de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie : un partenariat rénové entre l'assurance maladie et les professionnels de santé	13

a) <i>La création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la rénovation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la réorganisation du réseau de l'assurance maladie</i>	13
b) <i>Les partenaires de l'assurance maladie : l'Union nationale des professionnels de santé et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire</i>	14
c) <i>La conclusion d'une convention médicale : le dialogue renoué</i>	14
3. Le Comité économique des produits de santé	15
4. Les instances de coordination entre médecine de ville et hôpital	15
B. LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS EST EN MARCHÉ	15
1. Les principales dispositions relatives à la maîtrise médicalisée et à la lutte contre les abus ont été progressivement mises en place	15
a) <i>Les textes déjà publiés</i>	15
b) <i>Les textes restant à publier</i>	16
2. Les moyens de promouvoir une offre de soins de qualité sont là, même si quelques textes manquent à l'appel	16
a) <i>Créer un parcours de soins coordonnés pour le patient</i>	16
b) <i>Améliorer la qualité de l'offre de soins</i>	17
c) <i>Faciliter l'accès aux soins</i>	17
D. LA RÉFORME DU FINANCEMENT EST DÉJÀ PRESQUE INTÉGRALEMENT APPLIQUÉE	18
1. La participation forfaitaire est appliquée depuis le 1 ^{er} janvier 2005	18
2. Les textes d'application des autres dispositions de nature financière ont également été publiés	18
19 TRAVAUX DE LA COMMISSION	21
ANNEXE 1 : Tableau de suivi de la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie	29
ANNEXE 2 : Liste des circulaires parues et des textes conventionnels conclus en application de la loi	37
ANNEXE 3 : Composition de la Haute autorité de santé	39
ANNEXE 4 : Liste des sigles et acronymes utilisés	41

INTRODUCTION

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie constitue l'un des textes majeurs de la douzième législature. Elle renouvelle et consolide les fondations de l'un des piliers du contrat social français : l'assurance maladie pour tous. Rationalisant le fonctionnement des régimes d'assurance maladie, réformant leur gouvernance, sauvegardant leurs finances, améliorant l'organisation du système de santé et luttant contre les abus, ce texte fera date. Après le vote de la réforme des retraites intervenue à l'été 2003, il marque le courage de la majorité et souligne son ardeur réformatrice. Cette importance fonde tout l'intérêt à suivre de près l'application de la loi par le gouvernement. Le Premier ministre l'a d'ailleurs souligné ⁽¹⁾ : si « *la réforme des retraites était toute entière dans la loi, (...) il en est tout autre pour la réforme de l'assurance maladie. Son vote n'est qu'un commencement. C'est une réforme d'exécution, de mise en œuvre. Elle dépend essentiellement de notre capacité à mettre au point l'ensemble des outils qui fondent la réforme et qui la rendent possible* ».

Lors des débats parlementaires, les ministres, MM. Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand, ont souvent répété leur attachement au « service après vote » de la loi. Le rapporteur souligne que celui-ci ne doit pas relever d'un monopole gouvernemental. Il relève aussi d'une exigence propre des représentants du peuple, s'agissant d'un texte législatif qui réforme si profondément la gouvernance de l'assurance maladie et l'organisation de notre système de santé. Les 190 heures de débats de la première lecture ont été très riches ; plus de 500 amendements ont été adoptés, issus de la majorité comme de l'opposition. Le travail des parlementaires a permis de conforter et d'améliorer le texte sur plusieurs points importants. Compte tenu de ces apports, il est d'autant plus légitime que les députés contrôlent les conditions de la mise en œuvre des dispositions de la loi.

L'article 86, alinéa 8, du règlement de l'Assemblée nationale, qui trouve son origine dans la résolution n° 256 du 12 février 2004, prévoit qu'« *à l'issue d'un délai de six mois suivant l'entrée en vigueur d'une loi dont la mise en œuvre nécessite la publication de textes de nature réglementaire, le député qui en a été le rapporteur [présente à la commission compétente] un rapport sur la mise en application de cette loi. Ce rapport fait état des textes réglementaires publiés et*

(1) Discours prononcé par le Premier ministre le 21 septembre 2004 à l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

des circulaires édictées pour la mise en œuvre de ladite loi, ainsi que de ses dispositions qui n'auraient pas fait l'objet des textes d'application nécessaires ». Cette modification du règlement s'inscrit pleinement dans les perspectives dressées par le Président de l'Assemblée nationale, M. Jean-Louis Debré, qui a exprimé à de nombreuses reprises le souhait de voir renforcée la fonction d'évaluation et de contrôle du Parlement et en particulier que les textes d'application d'une loi soient publiés dans les six mois suivant sa propre publication.

C'est à cet exercice de contrôle, aussi salubre qu'indispensable, que ce rapport se livre. Plutôt que de fournir un travail statistique trop aride, le rapporteur a préféré, après avoir dressé un bilan général de l'application de la loi, donner quelques éclairages sur des points particulièrement importants du texte. Une annexe présente de manière exhaustive la liste de l'ensemble des textes réglementaires pris pour l'application de la loi.

I.- UN PROCESSUS EXEMPLAIRE DE MISE EN ŒUVRE DE LA LOI

La mise en œuvre de la loi a été exemplaire à plus d'un titre. En premier lieu, compte tenu du nombre élevé de mesures réglementaires nécessaires à l'application de ce texte, il faut souligner le travail quantitatif réalisé par le gouvernement. C'est ensuite à une véritable course contre la montre que se sont livrées les administrations concernées afin de garantir la mise en œuvre rapide de la loi. Enfin, vitesse n'a pas été confondue avec précipitation, puisque l'application de la loi a suivi la même « démarche qualité » que celle ayant présidé à sa conception, avec un effort de concertation, de transparence, de programmation et d'information sans précédent.

A. PLUSIEURS ARTICLES DE LA LOI SONT DEVENUS APPLICABLES DÈS LE LENDEMAIN DE LEUR PUBLICATION AU JOURNAL OFFICIEL

Avant d'apprécier le rythme de sortie des textes réglementaires nécessaires à l'application de la loi, il convient dans un premier temps d'identifier les articles ne nécessitant aucun texte d'application, qui concernent :

– les principes fondateurs de la sécurité sociale et de l'assurance maladie (**art. 1^{er}**) et, s'agissant de la section relative à la coordination des soins : la transposition d'un article relatif aux données personnelles de santé du code de la santé publique dans le code de la sécurité sociale (**art. 2**), l'interdiction de la cession à titre onéreux de données de santé identifiantes (**art. 4**), le régime local d'Alsace et Moselle (**art. 9**), les dépassements d'honoraires des médecins (**art. 10**), les accords conventionnels intéressant plusieurs professions de santé relatifs aux pathologies ou aux traitements entre l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les organisations représentatives signataires des conventions nationales (**art. 11**) ;

– s'agissant de la qualité des soins, les consultations données dans les maisons médicales (**art. 12**), l'information des assurés sur l'offre de soins par les régimes d'assurance maladie (**art. 18**), la « liquidation médicalisée » (**art. 19**) et les conditions d'analyse de l'activité des professionnels de santé ⁽¹⁾ (**art. 26**), la récupération d'une prestation indûment versée (**art. 29**) ;

– l'élargissement de la définition du générique (**art. 30**), la définition de la télémédecine, son intégration par les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la possibilité de formuler des ordonnances par courriel (**art. 32 à 34**),

(1) Cet article prévoit qu'un décret simple précise le déroulement de cette procédure dans le respect des droits de la défense mais, selon le ministère de la santé, celui-ci serait en fait inutile car le décret en Conseil d'Etat n° 96-786 du 10 septembre 1996 aurait déjà apporté toutes les garanties en la matière.

les conditions d'éligibilité des membres du conseil d'administration de la Caisse des Français de l'étranger (**art. 37**) ;

– la possibilité de créer une mission parlementaire d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (**art. 38**), l'obligation pour les caisses nationales d'assurance maladie de transmettre au gouvernement et au parlement des propositions sur l'évolution des charges et des produits (**art. 39**) et la possibilité de cumul entre pensions de retraite de la fonction publique hospitalière et revenus d'activités des professionnels de santé (**art. 44**) ;

– s'agissant du dispositif conventionnel : les accords entre l'assurance maladie et les centres de santé, la possibilité pour les unions régionales de caisses d'assurance maladie (URCAM) de conclure des contrats avec les professionnels de santé afin de les inciter à un exercice regroupé et la prorogation des conventions nationales dont la date d'échéance devait intervenir entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2004 (**art. 50 à 52**) ;

– l'ouverture de négociations entre les partenaires sociaux sur la réforme de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (**art. 54**), l'offre de soins en milieu rural et le rôle de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (**art. 59 et 60**), la convention collective régissant le statut des praticiens conseils, soumise à un agrément de l'Etat (**art. 61**) et les mesures de coordination des dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie (**art. 69**) ;

– la sauvegarde des ressources de la sécurité sociale (**art. 70**), la lutte contre le travail dissimulé (**art. 71**) et la contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux (**art. 73**).

Ainsi, 30 articles de la loi sur 76 sont devenus pleinement applicables dès le lendemain ⁽¹⁾ de la publication de la loi au *Journal officiel* le 17 août 2004.

B. UNE TRÈS GRANDE PARTIE DES TEXTES RÉGLEMENTAIRES D'APPLICATION ÉTAIT DÉJÀ PUBLIÉE EN DÉCEMBRE 2004

Les premiers textes réglementaires ont été publiés dès le début de l'automne 2004. Un très grand nombre de dispositions ont ainsi été rendues applicables bien avant le 1^{er} janvier 2005, date parfois présentée, notamment par les médias, comme la date d'« entrée en vigueur » de la loi.

1. Un calendrier très resserré

Le 16 juin 2004, le projet de loi est adopté en Conseil des ministres. Le 30 juillet 2004, le texte est adopté par les deux assemblées. Le 12 août 2004, il est

(1) Conformément à l'ordonnance n° 2004-164 du 20 février 2004 prise en application de la loi n° 2003-591 du 2 juillet 2003 habilitant le gouvernement à simplifier le droit.

jugé conforme à la Constitution par le Conseil constitutionnel et il est publié au *Journal officiel* le 17 août. Le 5 octobre 2004 paraissent les premiers décrets d'application au *Journal officiel*. Il s'agit donc d'une mise en application exceptionnellement rapide d'un texte législatif. A titre de comparaison, aucun des textes d'application de la loi n° 2003-119 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité du 26 novembre 2003 n'était paru au 26 mai 2004 ⁽¹⁾, soit six mois après sa promulgation et alors même qu'elle avait été discutée en urgence. L'été 2004, le gouvernement a également déclaré l'urgence lors de la discussion parlementaire, ce qui a conduit à une lecture unique de la réforme de l'assurance maladie dans chaque assemblée. Le rapporteur relève que cette urgence s'est aussi appliquée au travail de rédaction des décrets. Cette correspondance, qu'il faut ici saluer, n'est malheureusement pas toujours assurée.

2. Un rythme soutenu de publication des textes d'application dès le début de l'automne 2004

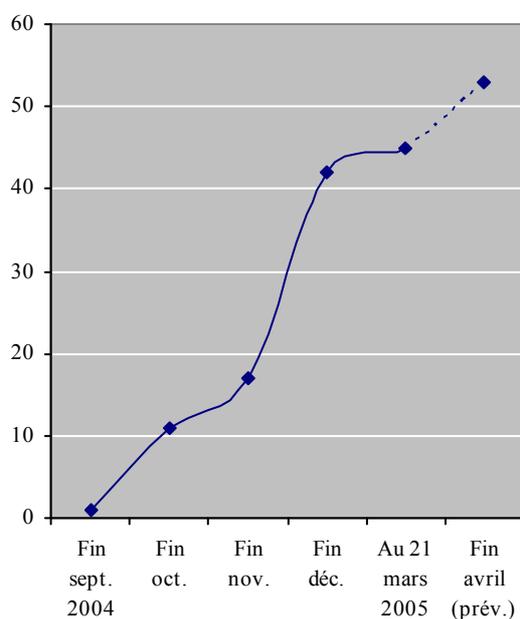
A titre préliminaire, il est à noter que les statistiques en matière d'application d'articles de loi sont difficiles à manier. En premier lieu, les différents articles présentent un intérêt et un degré de complexité très divers. Certains articles prévoient pour leur application la promulgation d'un décret, simple ou en Conseil d'Etat, ou uniquement d'un arrêté ou d'une circulaire. En outre, un texte réglementaire peut porter sur l'application de plusieurs articles. D'autres articles ne nécessitant formellement pas de texte d'application ont par ailleurs été précisés par voie réglementaire. Enfin, plusieurs articles de la loi subordonnent leur exécution à la conclusion d'accords entre les partenaires du système de santé, lesquels peuvent ensuite faire l'objet d'un agrément ministériel.

Au 30 novembre 2004, selon les informations communiquées par le Secrétariat général du gouvernement (SGG), le « taux d'exécution » de la loi – nombre de textes réglementaires (hors arrêtés) publiés par rapport au nombre total de textes réglementaires dont la publication est programmée – s'élevait à 24 %. Au 21 mars 2005, selon les données transmises au rapporteur, 43 textes réglementaires et deux circulaires d'application de la loi ont été publiés, comme l'indique le graphique suivant. Ces textes ont ainsi permis de rendre applicables, dans leur totalité, 27 articles de la loi, dès la fin du mois de décembre 2004. Seuls 18 décrets et 6 arrêtés restent encore à paraître, dont une grande partie concerne des dispositions dont l'entrée en vigueur a été différée (*cf. supra*).

(1) Rapport n° 1962 de M. Thierry Mariani sur la mise en application de la loi n° 2003-1119 du 26 novembre 2003 relative à la maîtrise de l'immigration, au séjour des étrangers en France et à la nationalité.

Rythme de publication des textes réglementaires d'application

(En nombre cumulé de décrets, d'arrêtés et de circulaires publiés)



Source : Graphique réalisé d'après les informations communiquées par le ministère de la santé et présentées en annexe

Le rapporteur salue de manière solennelle la rapidité de rédaction des textes réglementaires d'application, alors même que leur écriture a été rendue complexe par le nombre d'instances dont l'avis ou la consultation est requis. On peut citer, outre le Conseil d'Etat, la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), les structures ordinales et les instances des caisses nationales. De plus, certains textes d'application doivent revêtir le contrescand de plusieurs ministres. MM. Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand ont su mobiliser les administrations compétentes, particulièrement la direction de la sécurité sociale (DSS), pour que les textes soient très rapidement publiés.

C. LA COMPLEXITÉ DE CERTAINS DOSSIERS IMPOSE L'ENTRÉE EN VIGUEUR DIFFÉRÉE DE QUELQUES ARTICLES

La loi prévoit une entrée en vigueur différée pour certains dispositifs. Les textes d'application correspondants sont en cours d'élaboration et de concertation.

a) Les dispositions relatives aux données personnelles de santé

La mise en œuvre des articles de la loi relatifs aux données de santé est rendue très complexe par trois considérations : la technicité de la matière, le respect nécessaires des normes nationales et internationales relatives à la protection de la vie privée et enfin les avis et consultations nécessaires. La loi prévoit donc la mise en œuvre différée des dispositions visées à l'**article 3**. Il s'agit principalement de la mise en place du dossier médical personnel (DMP). La

loi prescrit l'avis préalable de la CNIL et de l'Ordre des médecins. Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille M. Philippe Douste-Blazy a présenté sur ce sujet une communication lors du Conseil des ministres du 12 janvier 2005. L'objectif est une mise en place du DMP à la mi-2007. S'agissant de l'identifiant santé unique (**art. 5**), un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la CNIL, devrait intervenir en décembre 2005.

b) Le déploiement de la nouvelle carte Vitale en 2006

Conformément à l'**article 21** de la loi, une photographie sera apposée sur la carte Vitale lors du prochain renouvellement des cartes, qui devrait avoir lieu à partir de mi-2006. Cette carte jouera ainsi le rôle d'une véritable carte d'identité de santé, puisqu'elle deviendra également la clé d'accès au dossier du patient et contiendra des données médicales en cas d'urgence. Le décret en Conseil d'Etat correspondant doit être publié au cours du premier semestre 2005.

c) Les dispositions relatives aux contrats d'assurance complémentaire de santé « responsables »

La loi met en place un certain nombre de dispositifs destinés à responsabiliser l'assuré. Leur fonctionnement est subordonné à l'attitude des assureurs complémentaires, comme le dispose l'**article 57** de la loi, qui les incite à élaborer des contrats dits « responsables », c'est-à-dire respectant les dispositifs de maîtrise médicalisée. Ces contrats s'appliquent à partir du 1^{er} janvier 2006. L'article 51 de la loi de finances rectificative n° 1485-2004 a complété le dispositif en prévoyant l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge par les organismes complémentaires des dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés. La DSS a présenté aux assureurs complémentaires un document de travail relatif à la définition de ces contrats.

d) La création expérimentale d'agences régionales de santé (ARS)

Au plus tard un an après l'entrée en vigueur de la loi, l'**article 68** prévoit que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale devront désigner les régions autorisées à expérimenter la création d'une ARS, qui sera chargée des compétences dévolues à l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Un décret en Conseil d'Etat devrait être publié d'ici l'été prochain afin de préciser les modalités de fonctionnement des agences, qui s'appuieront sur l'expérience tirée du fonctionnement des missions régionales de santé, prévues par l'**article 67** de la loi.

e) L'extinction de la dette sociale

La publication des décrets appliquant l'**article 76**, qui fixe les modalités d'extinction de la dette sociale et le rôle de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), interviendra en 2005 et 2006. Ces décrets fixeront la date et le montant des transferts de la CADES à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

f) Le parcours de soins coordonnés et la modulation de la participation de l'assuré : un cas particulier

Si la loi ne diffère pas l'application du dispositif de modulation de la participation de l'assuré en fonction de son respect du parcours de soins coordonnés, les délais matériels dus à la conclusion de la convention médicale, à la création de l'UNCAM et à la désignation du médecin traitant par chaque assuré constituent des délais incompressibles. L'entrée en vigueur du dispositif du parcours de soins coordonnés devrait intervenir le 1^{er} juillet 2005.

II.- LES OUTILS ET LES ACTEURS NÉCESSAIRES AU SUCCÈS DE LA RÉFORME ONT ÉTÉ MIS EN PLACE

La grande célérité mise à l'élaboration et à la publication des textes réglementaires d'application a permis à la loi relative à l'assurance maladie d'être en très grande partie applicable dès les premiers mois de l'année 2005.

A. LES INSTANCES DE LA NOUVELLE GOUVERNANCE ÉTAIENT INSTALLÉES LE 31 DÉCEMBRE 2004

1. La Haute autorité de santé

Tous les textes nécessaires à la mise en place de la Haute autorité de santé (HAS), soit cinq décrets, dont trois en Conseil d'Etat, ont été publiés (**art. 35 et 36**). Le rapporteur salue en particulier la qualité de rédaction du décret n° 2004-1139, paru dès le 27 octobre 2004, qui définit précisément ses missions et son organisation. Après la nomination des membres de son collège et de son président (*cf.* composition du collège en annexe 3), l'installation de cette instance d'expertise indépendante, le 22 décembre 2004, a constitué un acte fondateur de la nouvelle gouvernance du système de santé. Les moyens dont elle dispose sont par ailleurs à la hauteur de ses missions, puisque son budget s'élève à 59 millions d'euros pour 2005.

Les conditions de création de l'Institut national des données de santé (**art. 64**) seront précisées par un décret en Conseil d'Etat, dont la publication devrait intervenir au second semestre 2005. Le décret n° 2004-1048 a d'ores et déjà abrogé les dispositions réglementaires relatives au Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie (COTSAM).

2. La mise en place de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie : un partenariat renoué entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

a) La création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la rénovation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et la réorganisation du réseau de l'assurance maladie

La loi a créé l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie (UNCAM), permettant une coopération renforcée entre les trois régimes d'assurance maladie, à qui sont confiés des compétences élargies (**art. 55**). Le 22 septembre 2004, son directeur général est nommé en Conseil des ministres. Le décret n° 2004-1075 du 12 octobre 2004 précise les conditions de son fonctionnement. Trois mois après la promulgation de la loi, le conseil de l'UNCAM est officiellement installé le 9 novembre 2004. S'agissant des

dispositifs de maîtrise médicalisée, les nouvelles conditions de fixation, sous certaines limites, du ticket modérateur (**art. 41**) et d'établissement de la liste des actes et prestations remboursables (**art. 42**), compétences confiées à l'UNCAM, sont définies par les décrets en Conseil d'Etat du 16 et du 30 décembre 2004. A cet égard, le Rapporteur souhaite que la convention entre l'UNCAM et la HAS visant à préciser les conditions d'inscription sur cette liste des actes en phase de recherche clinique soit rapidement conclue.

La rénovation de l'organisation de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui fait l'objet de l'**article 53** de la loi et des décrets n° 2004-1075 du 12 octobre 2004 et n° 2004-1282 du 26 novembre 2004, marque le retour des représentants des employeurs au sein du conseil, organe qu'ils avaient quitté à l'automne 2001. Un arrêté du 26 octobre 2004 nomme les membres du conseil de la CNAMTS.

Le décret du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation de la branche maladie et à la composition des conseils de la CNAMTS et des caisses primaires d'assurance maladie précise les contours de la nouvelle organisation, qui marque l'autorité accrue de la « tête de réseau ». Il manque au dispositif la publication du décret en Conseil d'Etat déterminant les conditions d'établissement des listes d'aptitude permettant de nommer les directeurs et agents comptables des organismes régionaux et locaux de la branche maladie (**art. 58 et 66**).

b) Les partenaires de l'assurance maladie : l'Union nationale des professionnels de santé et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Parallèlement à la création de l'UNCAM, l'**article 55** de la loi crée l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Le décret relatif à sa composition précise que sur 46 membres, 14 sont des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et spécialistes.

La Mutualité Française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) se sont mis d'accord pour proposer officiellement au gouvernement la composition et les statuts de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM). Le décret en Conseil d'Etat correspondant devrait être publié dans les prochains mois.

c) La conclusion d'une convention médicale : le dialogue renoué

Le 15 décembre 2004, un protocole d'accord a été conclu entre l'assurance maladie et trois organisations de médecins, représentatives de la majorité des praticiens généralistes et spécialistes. Ce protocole, devenu le 13 janvier 2005 la « convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie », a été approuvé par un arrêté ministériel du 3 février. Ce texte définit le rôle du médecin traitant et les modalités du parcours de soins

coordonnés et comporte des engagements concrets de la part des médecins en matière de maîtrise médicalisée et de volumes de prescription.

3. Le Comité économique des produits de santé

La composition du Comité économique des produits de santé (CEPS) a été modifiée par le décret n° 2004-1225 du 17 novembre 2004 et ses nouveaux membres nommés par un arrêté du 1^{er} décembre 2004 afin de renforcer la présence de l'assurance maladie et des organismes d'assurance maladie complémentaires (**art. 43**). Tous les textes relatifs à l'élargissement de ses compétences ont également été publiés.

4. Les instances de coordination entre médecine de ville et hôpital

L'arrêté du 8 octobre 2004 a précisé les missions et la composition du conseil de l'hospitalisation, chargé de contribuer à l'élaboration des décisions publiques relatives au financement des établissements de santé, ce qui permettra d'associer l'assurance maladie à la politique hospitalière (**art. 45**).

Les modalités de fonctionnement des missions régionales de santé (MRS), instituées entre les ARH et les URCAM afin de mieux coordonner l'offre de soins ambulatoire et hospitalière (**art. 67**), ont été définies par le décret n° 2004-1327 du 2 décembre 2004. A cet effet, tous les directeurs des missions, parmi lesquels 13 directeurs d'ARH et 13 directeurs d'URCAM, ont été nommés par une décision du ministre de la santé en date du 31 janvier 2005.

B. LA RÉORGANISATION DU SYSTÈME DE SOINS EST EN MARCHÉ

1. Les principales dispositions relatives à la maîtrise médicalisée et à la lutte contre les abus ont été progressivement mises en place

a) Les textes déjà publiés

Deux décrets sont venus préciser les conditions de la maîtrise médicalisée des dépenses des personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD). Un arrêté permettant l'adaptation du protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES) (**art. 6**) manque encore. Afin de sensibiliser les assurés au coût de la protection sociale, en particulier les bénéficiaires du tiers payant, le décret n° 2004-1281 du 26 novembre 2004 ⁽¹⁾ précise les modalités de leur information sur le coût des produits de santé délivrés par les pharmaciens (**art. 22**).

Les nouvelles règles relatives à la prescription et au conditionnement des médicaments (**art. 31**) ont également été précisées par un décret du

(1) Les dispositions de ce décret sont entrées en vigueur trois mois après sa publication, soit le 27 février 2005.

16 décembre 2004. En outre, la totalité des textes nécessaires à la mise en oeuvre des dispositions relatives au contrôle des indemnités journalières et aux conditions de reprise après un arrêt de travail, (**art. 24 à 28**), soit quatre décrets, dont deux en Conseil d'Etat, ont été publiés en novembre et décembre 2004.

b) Les textes restant à publier

S'agissant des pénalités financières (**art. 23**), leur montant ainsi que les règles, dont l'inobservation par les assurés, les établissements ou les professionnels de santé sera sanctionnée, doivent être déterminés par un décret en Conseil d'Etat, dont la publication est prévue pour le mois d'avril. Une circulaire sur les conditions de récupération auprès des assurés d'une prestation indûment versée (**art. 29**) doit également être publiée prochainement. Il est enfin à noter que les conditions de mise en oeuvre des sanctions applicables aux établissements de santé en cas de non-respect des règles de tarification (**art. 46**) doivent encore être définies par un décret en Conseil d'Etat.

2. Les moyens de promouvoir une offre de soins de qualité sont là, même si quelques textes manquent à l'appel

a) Créer un parcours de soins coordonnés pour le patient

L'un des points importants de la loi est l'aménagement d'un véritable « itinéraire de soins », organisé autour du médecin traitant, formule qui permet à la fois la maîtrise médicalisée des dépenses et un meilleur suivi des assurés. Les articles 7 et 8 de la loi renvoient à la convention pour fixer certaines modalités d'application. La convention médicale a permis d'élaborer les dispositions d'application, notamment en matière tarifaire et d'organisation de la coordination des soins. L'article 7 de la loi nécessite toutefois la publication d'un décret en Conseil d'Etat (qui devrait fixer les conditions dans lesquelles l'UNCAM fixe l'augmentation de la participation de l'assuré), d'un décret simple et d'un arrêté. Ces textes permettront de préciser les conditions d'exonération de l'application de la majoration (vacances, urgences, soins itératifs...), points qui suscitent beaucoup d'attente chez les professionnels comme les assurés. En outre, s'agissant de l'article 8, l'arrêté fixant le montant de la majoration appliquée à l'assuré consultant directement un spécialiste hospitalier n'a pas été encore publié.

Le relatif retard de ces décrets, s'agissant d'un dispositif applicable à partir du 1^{er} juillet 2005, s'explique principalement par la nécessité pour le gouvernement de s'appuyer sur les dispositions de la convention entre les régimes de l'assurance maladie et les organisations représentatives des médecins et de consulter le conseil de la CNAMTS.

Enfin, dans l'attente du DMP, les conditions d'accès des professionnels de santé aux informations de l'assurance maladie sur les soins dont ont bénéficié

leurs patients (**art. 21**) seront précisées par un décret en Conseil d'Etat, qui doit être publié le mois prochain.

b) Améliorer la qualité de l'offre de soins

Un arrêté publié le 30 décembre 2004 a précisé les conditions de création de l'Observatoire des risques médicaux (**art. 15**), rattaché à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), en précisant sa composition. Un autre arrêté à venir précisera les conditions de son fonctionnement. Le régime des accords-cadres visant à améliorer les pratiques hospitalières (**art. 13**) a été précisé par le décret n° 2004-1399 du 23 décembre 2004.

L'application de l'**article 16** de la loi relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle est suspendue à l'élaboration d'un décret qui devrait être publié dans le courant du deuxième semestre de l'année 2005. L'écriture du décret fait l'objet de discussions entre le gouvernement et la Haute autorité. Le rapporteur insiste sur la nécessité que ce dispositif puisse rapidement être mis en place : il permettra notamment de contribuer à résoudre les problèmes posés par la hausse des tarifs d'assurance en responsabilité civile professionnelle. La même remarque vaut pour l'**article 14**, qui fixe les conditions d'une évaluation obligatoire et sanctionnée des pratiques professionnelles, le décret d'application faisant l'objet de concertations en cours. Egalement, l'**article 17** sur l'usage détourné de médicaments doit encore être précisé par voie d'arrêté.

Afin de mieux encadrer les pratiques commerciales qui pourraient nuire à la qualité des soins, une charte de la visite médicale (**art. 31**) a par ailleurs été conclue le 22 décembre 2004 entre le CEPS et le LEEM, syndicat représentatif des entreprises du médicament. Elle est applicable depuis le 1^{er} janvier 2005.

c) Faciliter l'accès aux soins

La composition et les modalités de fonctionnement du comité de la démographie médicale (**art. 47**) ont été précisées par le décret n° 2004-1078 du 12 octobre 2004. Quant aux aides forfaitaires à l'installation des médecins libéraux en zone sous-médicalisée (**art. 49**), la convention médicale prévoit que « *les parties signataires étudieront ici le 1^{er} janvier 2006 les éventuelles modalités d'attribution d'aides dans le champ prévu par [cet] article* ».

Les dispositions relatives à l'aide relative à la souscription de contrats d'assurance complémentaire de santé (**art. 56**), applicables depuis le 1^{er} janvier 2005, ont été précisées par le décret n° 2004-1450 du 23 décembre 2004 relatif au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels, complété par voie d'arrêté.

D. LA RÉFORME DU FINANCEMENT EST DÉJÀ PRESQUE INTÉGRALEMENT APPLIQUÉE

1. La participation forfaitaire est appliquée depuis le 1^{er} janvier 2005

Les deux textes nécessaires à l'application de la participation forfaitaire (**art. 20**) au 1^{er} janvier 2005 ont été publiés : le décret n° 2004-1490 du 30 décembre 2004, qui définit les conditions et limites dans lesquelles son montant sera fixé par l'UNCAM, en précisant notamment que celui-ci « *ne peut excéder un euro* », et le décret n° 2004-1453 du 23 décembre 2004, qui détermine ses modalités de plafonnement annuel et journalier et son niveau initial. A cet égard, il faut souligner le fait que ceux-ci sont tout à fait conformes tant à la décision du Conseil constitutionnel en date du 12 août 2004⁽¹⁾ qu'aux engagements du gouvernement lors de la discussion du projet de loi⁽²⁾.

2. Les textes d'application des autres dispositions de nature financière ont également été publiés

L'essentiel des mesures strictement financières (**art. 70 à 76**) nécessitent peu de textes d'application⁽³⁾. S'agissant des taux de cotisation, le décret n° 2004-1320 du 17 novembre 2004 relatif aux taux des cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès de certains assurés précise notamment les conditions d'application dans le temps des modifications introduites par l'**article 72**. Une circulaire du 27 décembre 2004 détaille ces dispositions.

L'**article 70** prévoit que la CNAMTS perçoit une fraction supérieure des ressources perçues au titre des « droits tabacs ». Cependant, conformément à l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances, cette affectation ne peut résulter que d'une disposition d'une loi de finances. En application de l'article 61 de la loi de finances pour 2005, la CNAMTS percevra un milliard d'euros supplémentaire à ce titre.

Le décret n° 2004-1077 du 12 octobre 2004 précise le régime du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie (**art. 40**). Le seuil de dépassement de l'ONDAM déclenchant l'alerte a été fixé à 0,75 %. Quant à l'**article 65**, relatif à la contribution des caisses nationales de sécurité sociale au financement du GIP « Santé Protection sociale », l'arrêté correspondant sera bientôt publié.

(1) Le Conseil a en effet souligné que « le montant de cette participation devra être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ».

(2) Lors de la séance publique du 9 juillet 2004, le secrétaire d'Etat à l'assurance maladie avait déclaré par exemple que « la juste mesure [du montant du plafond annuel] devrait se situer vers 50 euros ».

(3) Conformément à l'article 34 de la Constitution, la loi fixe les règles concernant « l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures ».

Enfin, deux décrets sont venus préciser l'application des deux contributions suivantes : le décret n° 2004-1103 du 15 octobre 2004 relatif à l'adaptation des dispositions applicables à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés à la contribution additionnelle instituée par l'**article 75** et le décret n° 2004-1306 du 29 novembre 2004 fixant le régime de la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (**art. 74**).

*

* *

Au terme de cette revue des textes réglementaires d'application de la loi relative à l'assurance maladie, deux observations s'imposent.

C'est d'abord l'exemplarité de la séquence. Suivant un calendrier resserré, le gouvernement a publié, en l'espace de quelques mois, la grande majorité des textes d'application de la loi. Le rapporteur se réjouit de cette rapidité, de nature à conforter la crédibilité du processus législatif. Il conviendrait d'étendre le rythme de ce calendrier, ainsi que la volonté politique qui l'anime, à d'autres dossiers sanitaires tout aussi importants.

Ensuite, ce rapport met en évidence le fait que la loi relative à l'assurance maladie a mis en place les structures et les institutions nécessaires à la réforme. Ces outils mis en place, il revient maintenant aux acteurs de la faire vivre. Une grande partie de la réforme est encore devant nous.

Enfin, le rapporteur souligne que le Parlement jouera pleinement son rôle dans le nouveau schéma institutionnel mis en place par la loi. A cet effet, et conformément à l'**article 38**, une mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale a été créée, en décembre 2004, au sein de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale. Afin d'aller plus loin, une modification des dispositions organiques relatives aux lois de financement de la sécurité sociale s'impose. C'est pourquoi le Parlement discutera prochainement du projet de loi organique relatif aux lois de financement de la sécurité sociale déposé sur le bureau du Sénat.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

En présence de M. Philippe Douste-Blazy, ministre des solidarités, de la santé et de la famille, et de M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, la commission a examiné, au cours de sa séance du mercredi 23 mars 2005, le rapport de **M. Jean-Michel Dubernard** sur la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Un débat a suivi l'exposé du rapporteur.

M. Jean-Marie Le Guen, pour le groupe socialiste, a d'abord demandé la nature du texte définissant les responsabilités du médecin traitant en matière de prévention. De même, si on peut se réjouir que les dépistages du cancer du sein soient finalement exonérés de l'euro forfaitaire, quelle est la base juridique d'une telle exemption, qui avait été explicitement écartée lors de la discussion de la loi ? Il est étonnant que d'autres catégories de patients, telles les victimes des maladies professionnelles, n'en bénéficient pas également.

Par ailleurs, quel sera le coût de l'incorporation de la photo et des données biométriques de l'assuré sur la carte Vitale et quel est l'état des discussions avec le ministre de l'intérieur, que la rumeur dit réservé sur ce dispositif ? Quant au dossier médical personnel, en attend-on toujours 3,5 milliards d'euros d'économies en 2007 comme cela a été annoncé cet été ?

M. Jean-Luc Prével, pour le groupe UDF, s'est réjoui que le Parlement se penche sur l'application des lois qu'il a votées et a souhaité que cet examen porte aussi sur la conformité des décrets à l'esprit des dispositions qu'ils sont censés rendre applicables. Parmi les questions qui se posent figure notamment celle des rôles respectifs du conseil de l'assurance maladie, du conseil de surveillance, du président et du directeur général. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) et l'Union nationale des professionnels (UNPS) seront-elles mises en place à temps pour être associées à la négociation des avenants à la convention nationale, voire à la renégociation de cette dernière si d'aventure elle était annulée par le Conseil d'Etat ? S'agissant du dossier médical personnel, où en est le choix des hébergeurs ? Les délais annoncés seront-ils respectés ?

Par ailleurs, les agences régionales de santé qui seront créées à titre expérimental dans deux ou trois régions pourront-elles fonctionner alors que la fongibilité des enveloppes consacrées aux établissements et à l'ambulatoire, n'existe pas au niveau national ? Enfin, quand l'Institut national des données de santé, pour lesquels sont inscrits 100 000 euros à peine au budget du ministère de la santé, sera-t-il mis en place ? Quand les ordonnances sur l'hôpital sortiront-elles ? Leur application fera-t-elle l'objet d'un suivi parlementaire ?

M. Jean-Pierre Door, pour le groupe UMP, s'est félicité de la rapidité avec laquelle sont sortis la plupart des textes d'application, car il est essentiel que des résultats dans la maîtrise des dépenses soient atteints sans tarder. La même célérité doit présider au lancement du dossier médical personnel et à celui des « contrats responsables » : chaque mois passé est un mois perdu. Il est également essentiel de veiller à la qualité de l'accréditation des pratiques professionnelles, car l'impact sur les tarifs d'assurance des praticiens sera fort. Il est temps, enfin, de choisir les régions où seront expérimentées, à partir du mois d'août, les agences régionales de santé. La région Centre se portera d'ailleurs candidate.

En réponse aux commissaires, **M. Philippe Douste-Blazy, ministre des solidarités, de la santé et de la famille**, s'est déclaré heureux de s'adresser sur ce sujet à la commission à quelques heures de la présentation des comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), qui font apparaître une progression de 1,6 % seulement des dépenses de médecine de ville, au lieu de plus de 6 % l'année précédente, et une diminution de 5 % des arrêts de travail.

M. Jean-Marie Le Guen a répliqué qu'il n'accorde plus aucun crédit à la parole de la CNAMTS et qu'il considère son directeur général comme un proconsul propagandiste.

Le ministre a déploré cette remarque, qu'il a jugée insultante pour le personnel de la CNAMTS qui effectue un travail remarquable et a poursuivi ses réponses :

– le dossier médical personnel, élément emblématique de la réforme de l'assurance maladie, n'est qu'un élément parmi d'autres d'un dispositif d'ensemble, destiné à provoquer une modification en profondeur des comportements, tant chez les professionnels de santé que chez les patients ; c'est de l'ensemble que l'on peut attendre 3,5 milliards d'euros d'économies en 2007. Les deux tiers des médecins et la quasi-totalité des pharmaciens étant déjà équipés de logiciels, les appels d'offres vont être lancés prochainement, et tout pourra aller très vite grâce à la longue concertation que le gouvernement a pris le temps d'organiser.

– Le ministre de l'intérieur n'est aucunement hostile, au contraire, à ce que la nouvelle carte Vitale comporte la photo et les données biométriques de l'assuré. Il en coûtera entre 35 et 40 millions d'euros, soit exactement ce qui était prévu, et les premières cartes seront distribuées dans le courant du second semestre de 2006.

– Le décret sur l'évaluation des pratiques professionnelles sera publié dans les tous prochains jours, après les avis officiels rendus par la CNAMTS et la Haute Autorité de santé, et au terme d'une très longue concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

– Le décret sur l'accréditation fait l'objet d'échanges avec la Haute autorité de santé et devra aussi être discuté entre l'assurance maladie et les médecins puisqu'il prévoit, conformément à la loi, la possibilité d'une prise en charge d'une partie des primes de responsabilité civile pour les médecins accrédités ; le gouvernement souhaite publier ce texte avant la fin du premier semestre 2005.

– Le décret relatif aux sanctions financières applicables en cas d'abus pratiqués par les professionnels de santé, les assurés, les entreprises ou les établissements de santé va être transmis d'ici la fin de la semaine à la CNAMTS pour avis et devrait être publié dans le courant du mois d'avril. S'agissant des contours précis du parcours de soins, la concertation avec l'ensemble des partenaires concernés se poursuit et devrait aboutir dans les prochaines semaines.

– Sur l'Institut national des données de santé, le travail est engagé avec les différents partenaires de l'établissement pour préciser les choses, et notamment les conditions des échanges de données ; le décret sur ce sujet sera publié avant la fin du mois de juin. S'agissant du décret relatif à l'accès des professionnels de santé aux informations de l'assurance maladie sur les soins dont ont bénéficié leurs patients, la CNAMTS a donné son avis sur ce projet, et lorsque la CNIL et le Conseil de l'Ordre auront donné le leur, le texte pourra être pris très rapidement.

– Au 17 mars 2005, plus de 4 millions de formulaires « médecin traitant » avaient été renvoyés à l'assurance maladie. Le flux quotidien de réponses se situe aux alentours de 160 000 par jour, ce qui devrait permettre d'atteindre au 30 juin l'objectif de 40 % d'assurés ayant choisi leur médecin traitant. C'est un succès important, qui montre l'adhésion des Français à cet aspect majeur et emblématique de la réforme. Dans plus de neuf cas sur dix, ce médecin traitant est un médecin généraliste. Le rôle du « médecin de famille » est donc consacré. Neuf généralistes sur dix sont entrés dans le dispositif à ce stade, ainsi que 92 % des médecins référents. Il n'y a donc pas de blocage, mais au contraire une adhésion massive des assurés comme des médecins. Les missions du médecin traitant sont explicitées par la convention médicale.

– Les contrats complémentaires dits « responsables » sont un élément très important de la mise en œuvre de la réforme, puisqu'il s'agit de définir les modalités d'implication des organismes complémentaires dans l'incitation au respect du parcours de soins. L'article 57 de la loi du 13 août 2004 lie en effet le bénéfice des exonérations fiscales et sociales au caractère « responsable » du contrat de couverture complémentaire, et donc à la contribution des organismes complémentaires à la régulation des dépenses de santé. Le décret définissant le contenu de ces contrats est en cours de concertation avec les opérateurs – mutuelles, assureurs, institutions de prévoyance –, les partenaires sociaux et les représentants des usagers et des patients. Ses grandes lignes devraient être connues d'ici la fin de ce mois, afin de donner de la visibilité aux organismes complémentaires, dont beaucoup tiennent leurs assemblées générales en avril. Ce décret devra notamment fixer le montant restant à la charge personnelle du patient

qui a choisi de ne pas respecter le parcours de soins et édicter des obligations de prise en charge de certains actes de prévention.

– II n'y a aucune raison que les mutuelles et les assurances augmentent leur tarif de façon plus importante que les années précédentes ; ce n'est pas seulement le ministre de la santé qui le dit, mais l'ensemble des experts réunis au sein du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans un avis rendu la semaine dernière. Les principaux représentants des organismes complémentaires s'accordent sur un chiffre proche de 5 % de progression des dépenses des complémentaires, ce qui est tout à fait comparable avec les chiffres des années précédentes. Il n'y a pas, pour les années à venir, d'augmentation prévisible des tarifs des complémentaires. Il n'y a, dans la réforme, aucun transfert de dépenses entre l'assurance maladie de base et les complémentaires car de tels transferts ne sont en rien une réponse aux problèmes structurels de financement de l'assurance maladie. De plus, la maîtrise médicalisée des dépenses signifie aussi une maîtrise des dépenses pour les complémentaires : c'est du « gagnant-gagnant ».

– Le Sénat entame ce jeudi 24 mars la première lecture du projet de loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. Ce texte donnera plus de portée aux lois de financement en permettant un vrai débat sur l'équilibre de chacune des branches, leur donnera en outre plus de crédibilité en intégrant les prévisions financières à un cadrage pluriannuel et renforcera également la transparence en instituant un vote du Parlement sur les différentes composantes de l'ONDAM. Le périmètre des lois de financement est en outre étendu aux fonds qui participent au financement de la sécurité sociale, comme le Fonds de solidarité vieillesse et le Fonds de financement des prestations sociales agricoles. Enfin, ce texte introduit une démarche « objectifs-résultats » en s'inspirant de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances ; une annexe de la loi présentera les programmes de qualité et d'efficience de la politique de sécurité sociale dans chacune de ses branches pour les exercices à venir.

– Le décret sur la permanence des soins a été transmis le 9 mars au Conseil d'Etat, qui devrait l'examiner le 19 avril. La négociation conventionnelle se poursuit : des réunions se sont tenues les 11 et 18 mars. Il s'agit de consolider la permanence des soins, tout en maintenant les principes généraux d'organisation définis en 2003, et en particulier le principe du volontariat. Une étude récente de l'Ordre des médecins a montré que le pourcentage de médecins volontaires augmentait, et avait atteint 60 % ; il faut encore accroître ce pourcentage, car plus il y aura de médecins volontaires, plus la permanence des soins sera « gérable » par chaque médecin. Le texte vise aussi à accroître la souplesse d'organisation sur le terrain, sous la responsabilité des préfets, par exemple dans la configuration des secteurs de permanence au cours de la nuit. La négociation conventionnelle permettra de mieux rémunérer la permanence des soins et les astreintes des médecins. Le décret renforcera également la régulation, en confortant le principe d'une régulation médicale par le « SAMU-centre 15 » tout en reconnaissant la place de « SOS-Médecin » dans le dispositif.

– Un protocole d'accord a été signé en août 2004 entre l'Etat, la CNAMTS et les organisations représentatives de médecins sur la chirurgie libérale, afin de répondre au malaise profond de la profession qui a plusieurs causes : absence de revalorisation des honoraires et gel de la lettre clé KCC pendant de nombreuses années ; forte augmentation des primes de responsabilité civile ; perte d'attractivité de la spécialité aux yeux des jeunes médecins. Ce protocole comprend des mesures fortes : augmentation du nombre d'internes ; revalorisation des honoraires de 25 % en deux fois au 1^{er} octobre 2004 et au 1^{er} avril 2005 ; rémunération des astreintes dans les unités d'urgence des cliniques (UPATOU) ; aide au paiement des primes de responsabilité civile. Les engagements pris sont tenus : la négociation de la convention médicale et les négociations propres à la classification commune des actes médicaux (CCAM) vont permettre de les mettre en œuvre. S'agissant des astreintes, 150 euros seront versés à un anesthésiste et deux chirurgiens par UPATOU, voire davantage si c'est médicalement justifié. La clarification commune des actes médicaux (CCAM) sera appliquée à compter du 25 mars 2005 et les chirurgiens bénéficieront de « majorants » permettant de respecter l'objectif de 25 % de hausse. Les décrets sur l'accréditation et les aides au paiement des primes sont en cours de concertation. Le Conseil national de la chirurgie devrait se réunir sous trois semaines pour faire un bilan d'étape de l'application du protocole.

– En ce qui concerne les agences régionales de santé (ARS), le gouvernement a choisi une démarche pragmatique, en commençant par constituer des missions régionales de santé (MRS) regroupant ARH et URCAM pour l'exercice de leurs missions conjointes. Le décret définissant leur condition de fonctionnement est paru le 2 décembre 2004 et leurs directeurs ont été désignés le 15 février 2005 ; elles se mettent donc en place sans retard. Ces MRS ont un rôle important à jouer dans le décloisonnement entre ville et hôpital, dans la mise en place de la permanence des soins et dans la promotion de la qualité des soins. S'agissant des ARS, un travail technique associant les ARH et les URCAM s'est engagé à l'automne pour déterminer les contours des futures expérimentations. Le conseil de la CNAMTS a souhaité aussi de son côté avancer dans sa réflexion ; s'il faut naturellement attendre que le conseil précise sa position, le gouvernement souhaite bien élaborer le décret définissant le cadre de l'expérimentation d'ici l'été. La fongibilité des enveloppes est une piste séduisante mais la tarification à l'activité change quelque peu les données du problème.

– Le décret sur l'accréditation des médecins fera bientôt l'objet d'une concertation, et devrait être publié avant la fin juin. Les médecins et les équipes médicales exerçant en établissement de santé, dans des spécialités limitativement énumérées, pourront s'engager dans des procédures d'accréditation, comprenant notamment l'envoi d'informations relatives aux événements porteurs de risques. Ils pourront alors bénéficier d'une aide de l'assurance maladie pour payer leur prime d'assurance. Par ailleurs, en application de l'article 15 de la loi relative à l'assurance maladie, l'Observatoire des risques médicaux, qui est placé auprès de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et

associe assureurs, médecins, assurance maladie et autorités sanitaires – et dont l'arrêté de composition a été publié le 17 décembre 2004 – sera installé le 12 avril prochain. Cela permettra d'élaborer un diagnostic partagé par l'ensemble des parties sur le niveau et l'évolution des primes d'assurance en responsabilité civile des médecins au regard de l'évolution des sinistres indemnisés.

– S'agissant du dépistage du cancer du sein, une circulaire est en cours de signature afin de donner une base légale à l'exonération de l'euro forfaitaire. La lettre de la loi n'interdit pas une telle exonération ; s'il en était autrement et que le recours à la loi s'avérait nécessaire, le groupe socialiste ne manquerait pas d'apporter son soutien à cette initiative...

– Enfin, les trois familles fondatrices de l'UNOCAM s'étant mises d'accord en décembre 2004 sur les statuts de cet organisme, ces statuts seront repris dans le décret en Conseil d'Etat, qui sera examiné mardi 29 mars et dont la parution est prévue pour le mois d'avril 2005.

M. Claude Evin a précisé que le groupe socialiste ne contestait naturellement pas les chiffres publiés par la CNAMTS, mais souhaitait que l'on ne leur fasse pas dire ce qu'ils ne disent pas. Les données de janvier et février 2005 ne font que traduire une situation comptable, ainsi que suffit à le démontrer l'exemple des dépenses hospitalières dont le montant enregistre une hausse apparente de 6 %, normalement impossible puisque les établissements fonctionnent selon la règle du douzième ! Quoi qu'il en soit, cette progression indique au passage que la maîtrise des dépenses hospitalières est loin d'être acquise.

Il n'est pas non plus question de contester l'intérêt d'une meilleure information sur le calendrier de publication des décrets, mais encore faut-il que celui-ci n'apparaisse pas comme la seule préoccupation du ministère. La circulaire relative aux budgets des hôpitaux publics a été publiée le 4 mars, mais les établissements doivent faire parvenir leurs projets de budget à l'ARH avant le 15 mars, et la délibération en conseil d'administration ne peut intervenir avant la fin d'avril ! De leur côté, les ARH ont reçu notification de leurs dotations la semaine dernière, dotations d'ailleurs modifiées quelques jours après. De nombreux députés avaient regretté, lors de la discussion de la loi relative à l'assurance-maladie, que l'hôpital ne soit pas concerné par la réforme. Il faudra sans tarder combler cette lacune, alors même que le Parlement ne pourra se prononcer sur les ordonnances réformant l'hôpital. Il est essentiel de mettre l'ensemble des sujets sur la table, car la maîtrise des dépenses suppose une cohérence d'ensemble du dispositif.

Mme Catherine Génisson s'est inquiétée, dans l'optique de la généralisation du dossier médical personnel, du degré d'informatisation des hôpitaux. Il est indispensable, s'agissant de la permanence des soins, de distinguer la régulation médicale avant hospitalisation et la régulation des gardes de

médecine générale, cette dernière devant être confiée, pour éviter des conflits majeurs, aux médecins généralistes eux-mêmes et non aux hôpitaux.

Le ministre s'est dit en accord avec Mme Catherine Génisson sur ce dernier point : la clé du problème réside dans la régulation pré-hospitalière.

Pour ce qui est du dossier médical personnel, les difficultés de méthodologie seront sans doute compensées, chez les médecins libéraux, par le fait qu'ils s'approprieront le dispositif d'une façon plus active. A l'hôpital, en revanche, c'est la volonté politique qui est la clé du succès, mais il n'y a pas lieu de s'inquiéter outre mesure. Il faudra sans doute, cela dit, rappeler parfois avec insistance que le dossier n'est pas la propriété du médecin, mais du malade.

Enfin, les chiffres valent ce qu'ils valent, et l'on doit se réjouir au passage que l'opposition ne conteste pas ceux de l'assurance-maladie ; mais que n'aurait-on entendu de sa part si ceux annoncés pour janvier et février 2005 avaient été mauvais ! La contre-performance apparente des hôpitaux, dans ce contexte d'amélioration sensible, s'explique en grande partie par le passage du budget global à la tarification à l'activité, dont les effets positifs se feront sentir plus tard.

M. Pierre-Louis Fagniez, président, a remercié le ministre pour ce long et passionnant échange, dont il faut souhaiter qu'il sera suivi de nombreux autres.

*

La commission a autorisé le dépôt du rapport sur la mise en application de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en vue de sa publication.

ANNEXE 1 : TABLEAU DE SUIVI DE LA MISE EN APPLICATION DE LA LOI N° 2004-810 DU 13 AOUT 2004 RELATIVE A L'ASSURANCE MALADIE

Art ¹	Nature ²	Objet du texte réglementaire	Base légale ³	Consultations obligatoires	Référence et date de publication ou état d'avancement
3*	DCE	Conditions générales de mise en œuvre du DMP	L. 161-36-4	CNIL	Publication prévue au second semestre 2005 ; mise en place d'un GIP de préfiguration
5*	DCE	Définition de l'identifiant santé (création, utilisation) et champ d'application	Non codifiée	CNIL	Publication prévue au second semestre 2005
6	D	ALD : ticket modérateur	L. 324-1	CNAMTS	Décret n° 2004-1050 du 4 octobre 2004 relatif à certaines limitations ou suppression de la participation de l'assuré aux frais des soins en cas d'affection de longue durée (JO du 05/10/04)
	D par pathologie	Décrets fixant les critères médicaux des ALD après avis de la HAS (HCMSS avant le 1er janvier 2005)	L. 322-3	HCMSS, CNAMTS	Décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004 relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongée et une thérapeutique particulièrement coûteuse (JO du 05/10/04)
7*	DCE	Médecin traitant : limites de la modulation du remboursement	L. 162-5-3 et L. 322-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	En cours de préparation
	D	Médecin traitant : décret fixant cas dans lesquels la majoration pas appliquée	L. 162-5-3 et L. 322-2	UNCAM, CNAMTS	En cours de préparation
	A	Missions du médecin traitant salarié	L. 162-5-3	CNAMTS	Parution prévue en avril 2005
8*	CON	Définition des missions du médecin traitant et des modalités de l'organisation de la coordination des soins	L. 162-5		Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 11/02/05)
	CON	Modalités et limites de la pratique du dépassement par les spécialistes en cas de non-respect du parcours de soin	L. 162-5		Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (JO du 11/02/05)
	A	Majoration de tarif en cas d'accès à un spécialiste hospitalier sans « adressage » par le médecin traitant	L.162-5-3, L. 162-22-6 et L.162-26	CNAMTS	En cours de préparation

1 Les articles de la loi marqués d'un astérisque sont ceux dont l'entrée en vigueur a été différée, y compris les articles 7 et 8 concernant le parcours de soins.

2 Nature du texte : réglementaire – décret en Conseil d'Etat (DCE), décret (D), arrêté (A), circulaire (CIR) – ou conventionnel (CON).

3 Articles du code de la sécurité sociale (CSS), sauf mention contraire (code de la santé publique, CSP).

13	D	Bon usage des soins : mise en œuvre des accords d'amélioration des pratiques hospitalières	L. 6113-12 CSP	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1399 du 23 décembre 2004 relatif aux accords mentionnés à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique (JO du 26 /12/2004)
14	D	Evaluation des pratiques professionnelles : date de mise en œuvre et modalités d'agrément des actions d'évaluation	L. 4133-1 CSP		Avis (non obligatoire) de la CNAMTS rendu le 3/2/05, de l'UNCAM le 17/2/05, parution prévue en mars 2005
15	A	Création de l'Observatoire des risques médicaux	L. 1142-29 CSP	CNAMTS	Arrêté du 27 décembre 2004 relatif à l'Observatoire des risques médicaux institué à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique
	A	Nature des informations transmises à l'Observatoire	L. 1142-29 CSP		En cours de préparation
16	DCE	Mise en œuvre de l'accréditation des médecins et des équipes médicales	L. 4135-1 CSP	UNCAM, CNAMTS	Concertation, parution prévue au premier semestre 2005
17	A	Usage détourné des soins ou traitements (fixation de la liste)	L. 162-4-2	CNAMTS, CAT-MP	Concertation, parution prévue en avril 2005
20	DCE	Limite de la modulation de la contribution par acte ("1 euro") (intégré dans le décret relatif au ticket modérateur)	L. 322-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1490 du 30 décembre 2004 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (JO du 31/12/2004)
	A	Fixation du niveau initial de la contribution 1 euro + montant annuel du plafond, conditions de récupération par jour et par professionnel, conditions de récupération de la participation en cas de TP	L. 322-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1453 du 23 décembre 2004 relatif à l'application de la participation forfaitaire prévue au II de l'article L. 322-2 du CSS (JO du 30/12/04)
21	DCE	« Web docteur » (Accès des médecins aux données des caisses issues des procédures de remboursement)	L. 161-31, L. 161-33 et L. 162-4-3	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP, CNIL, Conseil de l'ordre	Avis de la CNAM rendu le 3/2/05, de l'UNCAM le 17/2/05, avis CNIL attendu le 15/3/05 et CNOM le 31/3/2005, parution prévue en avril 2005
	DCE*	Carte Vitale : définition conditions d'accès et contenu de la carte et volet urgence	L. 161-31	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP, CNIL	En cours d'élaboration, parution prévue au premier semestre 2005
22	D	Information aux assurés par les pharmaciens sur les coûts des produits délivrés	L. 161-31	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1281 du 26 novembre 2004 fixant les modalités de mise en œuvre de l'information des patients sur le coût des produits de santé délivrés (JO du 27/11/04)
23	DCE	Pénalités financières : liste des règles sanctionnées, barème, montant maximum des sanctions, composition de la commission et procédure	L. 162-1-14		Concertation en cours, parution prévue en avril 2005

24	Décret	Reprise après arrêt de travail : concertation médecin conseil - médecin du travail	L. 322-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1456 du 23 décembre 2004 relatif à la consultation du médecin du travail par le médecin-conseil au cours d'un arrêt de travail de plus de trois mois (JO du 30/12/04)
25	DCE	Sanction IJ/transport	L. 162-1-14 et -15, L. 315-2-1 et L. 321-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1328 du 3 décembre 2004 relatif au contrôle des prescriptions d'arrêts de travail et de transports (JO du 04/12/04)
27	DCE	Contrôle IJ : Gros prescripteurs d'IJ	L. 62-1-14, L. 162-1-15, L. 315-2-1 et L. 321-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1328 du 3 décembre 2004 relatif au contrôle des prescriptions d'arrêts de travail et de transports (JO du 04/12/04)
	D	Contrôle IJ : harmonisation des sanctions en cas de non respect des délais de transmission arrêt de travail	L. 321-2	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1454 du 23 décembre 2004 portant application de l'article 27-IV (JO du 30/12/04)
28	D	Prolongation arrêts de travail	L. 162-4-4	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1448 du 23 décembre 2004 relatif à l'indemnisation d'arrêts de travail (JO du 30/12/04)
29	CIR	Récupération de l'indû (assurés)	L. 133-4-1		Parution prévue en mars 2005
31	charte	Charte de qualité de la visite médicale entre le CEPS et le LEEM	L. 162-17-8		Charte signée le 22 décembre 2004 , entrée en vigueur le 1er janvier 2005
	DCE	Conditionnements en boîte de 3 mois des médicaments	L. 162-17-1-1	UNCAM, ordre des médecins et pharmaciens	Décret n°2004-1367 du 16 décembre 2004 relatif à la prescription et à la délivrance de médicaments (JO du 18/12/04)
35	DCE	Mise en place Haute autorité (missions, organisation administrative, régime budgétaire et comptable)	L. 161-37 et suivants		Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute Autorité de santé (JO du 27/10/04)
	DCE	Toiletage des dispositions sur les procédures d'admission au remboursement des médicaments	L. 162-17	UNCAM	Décret n°2004-1398 du 23 décembre 2004 relatif aux médicaments remboursables par l'assurance maladie (JO du 26/12/04)
	DCE	Transfert à la HAS de la commission d'évaluation des produits et prestations	L. 165-1	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1419 du 23 décembre 2004 relatif à la prise en charge des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale (JO du 29/12/04)
	D	Désignation des membres du collège de la HAS	L. 161-42		Décret du Président de la République du 20 décembre 2004 portant nomination des membres de la Haute autorité de santé
	DCE	Rémunération des membres du collège et inscription des actes à la nomenclature	L. 161-46	CNAMTS, CAT-MP, UNCAM	Décret n° 2005-216 du 7 mars 2005 relatif à la Haute autorité de santé et modifiant le code de la sécurité sociale (JO du 09/03/05)

36	DCE	Suppression FOPIM et transferts à la HAS en provenance de l'ANAES et l'AFSSAPS	non codifié		Décret n°2004-1139 du 26 octobre 2004 relatif à la Haute autorité de santé (JO du 27/10/2004)
	D	Transfert de la contribution financière des établissements de santé perçue avant par l'ANAES	L. 161-45	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1305 du 26 novembre 2004 pris pour application de l'article L. 161-45 relatif aux contributions versées à la HAS (JO du 30/11/04)
40	D	Comité d'alerte	L. 114-4-1	CNAMTS	Décret n°2004-1077 du 12 octobre 2004 relatif au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie (J.O. du 13/10/04)
41	DCE	Ticket modérateur : catégories de prestation et corridor	L. 322-2	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1490 du 30 décembre 2004 relatif à la participation de l'assuré prévue à l'article L. 322-2 (JO du 31/12/04)
42	DCE	Nomenclature : délai d'opposition du ministre, cadre de mise en œuvre de la CCAM, condition d'inscription des actes, composition des commissions nomenclature	L. 162-1-7	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1368 du 16 décembre 2004 relatif aux conditions d'établissement de la liste des actes et prestations remboursables prévue à l'article L. 162-1-7 (JO du 18/12/04)
	CON	Convention entre l'UNCAM et la HAS sur les conditions d'inscription d'un acte en phase de recherche clinique	L. 162-1-7		En préparation
43	D	Composition du CEPS	L. 162-17-3	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1225 du 17 novembre 2004 relatif à la composition et au fonctionnement du CEPS (JO du 17/11/04)
45	A	Composition, missions et fonctionnement du conseil de l'hospitalisation	L. 162-21-2	CNAMTS	Arrêté du 8 octobre 2004 fixant la composition, les missions et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation (JO du 13/10/04)
46	DCE	Contrôle tarification à l'activité : composition et décisions soumises au comité	L. 162-22-18	UNCAM, CNAMTS	En préparation, parution prévue au premier semestre 2005
47	D	Composition et modalités de fonctionnement du comité de la démographie médicale (CDM)	L. 631-1	CNAMTS	Décret n°2004-1078 du 12 octobre 2004 fixant la composition et les modalités de fonctionnement du CDM et modifiant le décret n°2003-529 du 19 juin 2003 portant création de l'Observatoire national de la démographie médicale (JO du 13/10/04)
48	DCE	Conventions: modalités de l'opposition, de l'arbitrage	L. 162-14-2, L. 162-15, L. 162-15-2	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1318 du 1^{er} décembre 2004 relatif à la conclusion et à la reconduction des accords mentionnés à l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale (JO du 02/02/04)
49	DCE	Convention : toilettage sur avantages sociaux	L. 162-14-1, L. 722-4	UNCAM, CNAMTS, ACOSS	Décret n°2004-1319 du 1^{er} décembre 2004 relatif à la participation des caisses d'assurance maladie au financement des cotisations sociales des professionnels de santé libéraux (JO du 02/12/04)

53	DCE	Composition du conseil de la CNAMTS, fonctionnement et toilettage DCE actuel + compétence de la CAT + pouvoir transaction	L. 221-3 et suivants	CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1075 du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation des branches d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles et à la composition des conseils de la CNAMTS
	A	Désignation au conseil de la CNAMTS des institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie	L. 221-3 et suivants	CNAMTS, CAT-MP	Arrêté du 14 octobre 2004 relatif aux institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie et siégeant au conseil de la CNAMTS (JO du 15/10/04)
	D	Conseil CNAMTS : toilettage dispositions actuelles et élections du personnel	L. 221-2, L. 221.3	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1282 du 26 novembre 2004 pris pour application des dispositions de la loi relatives aux conseils des caisses d'assurance maladie (JO du 27 11/04)
55	DCE	UNCAM : fonctionnement du conseil et gestion administrative	L. 221-3 et suivants	CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1075 du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation des branches d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles et à la composition des conseils de la CNAMTS (JO du 13/10/04)
	DCE	Constitution UNOCAM	L. 182-3	UNCAM	Saisine du CE le 23/2
	DCE	Composition UNPS	L. 182-4	UNCAM	Décret n°2004-1446 du 23 décembre 2004 relatif à la composition de l'UNPS (JO du 30/12/04)
56	DCE	Crédit d'impôts : fixation de la durée de validité de l'attestation et articulation avec la durée du contrat d'assurance complémentaire	titre VI du livre VIII	UNCAM, CNAMTS, ACOSS	Décret n°2004-1450 du 23 décembre 2004 relatif au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaires de santé individuels (JO du 30/12/04)
	A	Crédit impôts : contenu de l'attestation	L. 863-3		Arrêté du 23 décembre 2004 relatif au contenu de l'attestation remise aux bénéficiaires du droit à déduction du montant du crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels sur la cotisation ou prime annuelle d'assurance
57*	DCE	Désincitation de la couverture de certaines prestations : cahier des charges	L. 871-1	UNCAM, (UNOCAM si installée à la date de signature), CCLRF	Concertation en cours

58	DCE	Composition des caisses de base, fonctionnement, fin de fonctions et toilettage DCE actuel	L. 221-3	CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1075 du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation des branches d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles et à la composition des conseils de la CNAMTS (JO du 13/10/04)
	D	Caisses de base : toilettage dispositions actuelles (dont élections personnel) + mesures comptables	L. 221-2, L. 221.3	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1282 du 26 novembre 2004 pris pour application de dispositions de la loi relatives aux conseils des caisses d'assurance maladie (JO du 27/11/04)
	DCE	Caisses de base : listes d'aptitude	L. 217-3 et -3-1		Concertation en cours
	A	Caisses de base : statut des caisses, URCAM et UGECAM		CNAM, CAT-MP	6 arrêtés du 29 décembre 2004 (JO du 31/12/04)
61	D et A	Abrogation des dispositions réglementaires actuelles	L. 224-7		Négociation convention collective en cours (mais contentieux en cours sur la représentativité d'un syndicat à une CAP)
62	D	Toilettage	L. 123-4		Décret n°2004-1075 du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation des branches assurance maladie et AT-MP et à la composition des conseils de la CNAMTS
63	DCE	Intégration à l'IGAS	Non codifiée	Conseil supérieur de la fonction publique	En préparation, parution au premier semestre 2005
64	DCE	Organismes destinataires des données de l'INDS	L. 161-36-5	CNIL	Parution prévue au second semestre 2005
	D	Abrogation Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie (COTSAM)	Non codifiée	CNAMTS	Décret n°2004-1048 du 4 octobre 2004 abrogeant les dispositions réglementaires relatives à la composition et au fonctionnement du COTSAM (JO du 05/10/04)
65	A	Financement du GIP « santé – protection sociale »			
66	DCE	Fonctionnement du conseil et pouvoirs du directeur des URCAM	L. 183-1 et suivants	CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1075 du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation des branches d'assurance maladie et accidents du travail et maladies professionnelles et à la composition des conseils de la CNAMTS
	DCE	Liste d'aptitude des directeurs et agents comptables	L. 183-3		Concertation en cours
67	DCE	Fonctionnement des missions régionales de santé (MRS)	L. 162-47, L.183-2 et CSP: L.6115-7, L.6315-1	UNCAM, CNAMTS	Décret n°2004-1327 du 2 décembre 2004 relatif aux modalités d'organisation et de fonctionnement des MRS (JO du 04/12/2004)
68*	DCE	Modalités de constitution des ARS	Non codifiée	UNCAM, CNAMTS	Préparation en cours, parution prévue à l'été 2005
69	D	Toilettage textes caisses : suite du toilettage mentionné aux art 30, 33	L. 221-2, L. 221.3	UNCAM, CNAMTS, CAT-MP	Décret n°2004-1282 du 26 novembre 2004 pris pour application des dispositions relatives aux conseils des caisses d'assurance maladie (JO du 27/11/04)

72	D	Augmentation taux cotisation maladie de la CSG	L. 137-7-1	UNCAM, CNAM, ACOSS, CSEG et CSENIM	Décret n°2004-1230 du 17 novembre 2004 relatif aux taux de cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidités et décès de certains assurés
74	DCE	Modalités de déclaration et de règlement de la taxe chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique	L. 245-6, L. 138-20, L. 138-21	ACOSS	Décret n°2004-1306 du 29 novembre 2004 relatif à la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie (JO du 30/11/2004)
75	D	Contribution sociale de solidarité (C3S) : plafonnement de la contribution de certains redevables	L. 245-13, L. 651-1 à L. 651-9	CNAM, ACOSS	Décret n°2004-1103 du 15 octobre 2004 relatif à l'adaptation des dispositions réglementaires applicables à la C3S à la charge des entreprises à la contribution additionnelle instituée par l'article 75 (JO du 20/10/04)
76*	D	Dates et montants des transferts de la CADES	Non codifiée		A paraître fin 2005 après l'avis du secrétaire général de la commission des comptes (rendu à l'automne)

Source : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille

ANNEXE 2

LISTE DES CIRCULAIRES PARUES ET DES TEXTES CONVENTIONNELS CONCLUS EN APPLICATION DE LA LOI

1. Circulaires

– Circulaire DSS/5B/2004/629 du 27 décembre 2004 relative aux modifications apportées par l'article 72 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie en matière de contribution sociale généralisée (CSG) et de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus d'activité et de remplacement.

– Circulaire DSS/2A/2005/90 du 15 février 2005 relative au crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels

2. Textes conventionnels

– Convention constitutive de l'Union nationale des organismes de l'assurance maladie complémentaires (UNOCAM), transmise aux ministres le 12 décembre 2004 ;

– Charte de la visite médicale entre le LEEM et le Comité économique des produits de santé (CEPS), signée le 22 décembre 2004 ;

– Convention nationale entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 13 janvier 2005, approuvée par arrêté du 3 février 2005.

ANNEXE 3

COMPOSITION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Par décret du Président de la République du 20 décembre 2004, ont été nommés membres du collège de la Haute autorité de santé :

Désignés par le Président de la République

– Laurent DEGOS, président

– Raoul BRIET

Désignés par le Président de l'Assemblée nationale

– Bernard GUIRAUD-CHAUMEIL

– Jean-Paul GUERIN

Désignés par le Président du Sénat

– Pascale BRIAND

– Gilles BOUVENOT

Membres désignés par le Président du Conseil économique et social

– Claude MAFFIOLI

– Etienne CANIARD

ANNEXE 4

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS

ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ARH	Agence régionales de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AT-MP	Accidents du travail et maladies professionnelles
C3S	Contribution sociale de solidarité des sociétés
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CANAM	Caisse d'assurance maladie des travailleurs non salariés
CAP	Commission administrative paritaire
CAT-MP	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCLRF	Conseil consultatif de la législation et de la réglementation financières
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CFE	Caisse des Français à l'étranger
CMU	Couverture maladie universelle
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CPS	Carte professionnelle de santé

CRDS	Contribution au remboursement de la dette sociale
CSEG	Conseil supérieur de l'électricité et du gaz
CSENUM	Conseil supérieur de l'Établissement national des invalides de la marine
CSS	Code de la sécurité sociale
DMP	Dossier médical personnel
FNMF	Fédération nationale de la Mutualité française
GIP	groupement d'intérêt public
HAS	Haute autorité de santé
IJ	Indemnités journalières
INDS	Institut national des données de santé
JO	Journal officiel
LEEM	Les Entreprises du Médicament
MRS	Missions régionales de santé
ONDAM	Objectif national des dépenses d'assurance maladie
ONIAM	Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
UNOCAM	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire
UNPS	Union nationale des professionnels de santé
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie