

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et
de la protection sociale

NOR : SANX0400122L/Bleue

PROJET DE LOI

relatif à l'assurance maladie

EXPOSÉ DES MOTIFS

La situation de l'assurance maladie est extrêmement préoccupante, comme l'a constaté le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, installé en octobre par le Premier ministre et réunissant les représentants des acteurs du monde de la santé.

C'est pourquoi le Gouvernement a décidé de mettre en œuvre une réforme structurelle de l'assurance maladie, en concertation avec l'ensemble des acteurs. Cette réforme vise à sauvegarder notre régime d'assurance maladie, en préservant et consolidant ses principes fondamentaux auxquels le Gouvernement et les Français sont attachés, car ils sont à l'origine de son excellence :

- l'égalité d'accès aux soins. Elle doit être garantie à tous nos concitoyens, quel que soit leur lieu de résidence sur le territoire national et quels que soient leurs revenus. Elle suppose l'existence d'un système d'assurance maladie public et universel.

- la qualité des soins. Les soins délivrés par les professionnels sont d'ores et déjà de très bon niveau. Mais nous devons résolument développer dans le domaine de la santé la culture de la qualité.

- la solidarité. Chacun doit contribuer à l'assurance maladie selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.

La réforme que propose le gouvernement repose sur trois axes principaux :

1° La réorganisation de notre système de soins, tant au niveau du pilotage général qu'au niveau de son fonctionnement. Pour atteindre cet objectif, il est indispensable que tous les acteurs - l'Etat, les gestionnaires de l'assurance maladie, les professionnels et les patients - soient mieux responsabilisés. Leurs compétences doivent donc être mieux définies.

2° La nécessité de faire des choix en matière d'assurance maladie fondés sur des critères réellement scientifiques, sans remettre en cause l'universalité de la couverture. Ces choix doivent être faits dans l'intérêt de la qualité des soins et de la santé des patients.

3° Le redressement financier de l'assurance maladie. La recherche d'une meilleure efficacité et d'une plus grande qualité à travers la réorganisation des soins et l'expertise scientifique des traitements doit permettre de contenir l'évolution des dépenses de l'assurance maladie au cours des prochaines années. Toutefois, le déficit est tel qu'une augmentation juste et équilibrée des recettes est inévitable.

L'amélioration de l'organisation des soins est l'objectif central poursuivi par le Gouvernement, en particulier à travers le titre I^{er} du projet de loi. Il s'agit de soigner mieux en dépensant mieux. Ce ne sera possible qu'avec un changement profond des comportements des acteurs.

En premier lieu, le Gouvernement souhaite favoriser une coordination des soins effective. L'outil le plus efficace de cette coordination est le dossier médical personnel. Son développement est une nécessité absolue. Le dossier médical est la garantie d'un bon respect des protocoles de soins. Il permettra de suivre le cheminement du malade dans le système de soins.

Le développement de parcours de soins coordonnés autour d'un médecin traitant ou dans le cadre des réseaux de soins constitue un deuxième moyen de favoriser la coordination. Ces médecins traitants se verront confier un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient tout au long de son parcours de soins. La mise en œuvre de cette mesure est confiée à la négociation conventionnelle.

La coordination des soins passe aussi par un renforcement des liens entre la ville et l'hôpital au travers notamment d'un pilotage cohérent au niveau régional avec le rapprochement des agences régionales de l'hospitalisation (A.R.H.) et des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

La mise en œuvre de la nouvelle organisation des soins est confiée principalement à l'assurance maladie au travers d'une délégation élargie. C'est l'objet du titre II. L'Etat est le garant des principes fondamentaux de notre système de soins et d'assurance maladie. Il fixe les grands objectifs de santé publique, les conditions de l'équilibre pluriannuel des régimes sociaux ensuite et les conditions d'un égal accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

La généralisation des démarches de qualité est un deuxième axe de progrès. La Haute Autorité de santé définira les protocoles qui seront appliqués par les médecins. L'évaluation des pratiques devrait permettre de diffuser ces protocoles et plus largement les bonnes pratiques auprès des professionnels.

La Haute Autorité de santé se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Cette Haute Autorité, autorité publique indépendante, coordonne notamment le travail de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et celui de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Enfin, l'assurance maladie voit ses compétences élargies. Elle sera ainsi associée à la définition de la politique hospitalière et de la politique du médicament. Elle se voit confier des pouvoirs nouveaux dans le domaine des soins ambulatoires. Cette délégation de gestion renforcée sera assurée par des instances de direction renouvelées, à la fois légitimes et responsables. Les conseils définiront les orientations de la politique des caisses d'assurance maladie et les directeurs les mettront en œuvre. L'organisation interne des caisses devra permettre une mise en œuvre rapide, efficace et adaptée aux contextes locaux des grandes orientations fixées par l'Etat.

Pour assurer cette délégation de gestion élargie, les régimes d'assurance maladie s'appuieront sur un partenariat avec les organismes de couverture complémentaire et les professionnels de santé, sans toutefois remettre en cause la prééminence de l'assurance maladie obligatoire. Les enjeux du partenariat sont majeurs : gestion cohérente des domaines remboursables, relation avec les professionnels de santé, partage des données de santé. Une union nationale des caisses d'assurance maladie formée des caisses des trois principaux régimes (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS, caisse centrale de la mutualité sociale agricole – MSA, caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes - CANAM) sera créée dans ce cadre. Elle aura un rôle central dans le pilotage de l'assurance maladie : conclure, dans le cadre d'un vrai partenariat, les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des professions médicales et paramédicales.

Une meilleure organisation des soins, une plus grande responsabilisation des acteurs et un meilleur pilotage du système de santé permettront d'améliorer l'utilisation des ressources consacrées à la santé. Cela est primordial pour assurer la pérennité de notre système de protection sociale mais insuffisant pour réduire le déficit actuel. C'est pourquoi un certain nombre de mesures de financement apparaissent indispensables. Elles font l'objet du titre III. Ces mesures sont supportées par l'ensemble des acteurs : les entreprises, avec la contribution sociale de solidarité des sociétés, les assurés, avec la contribution sociale généralisée et l'industrie des produits de santé.

PRÉSENTATION PAR ARTICLES

Article 1^{er}

Le Gouvernement souhaite réaffirmer les principes sur lesquels l'assurance maladie a été fondée. Notre système d'assurance maladie est obligatoire, universel et solidaire. L'accès à des soins de qualité est garanti à tous les assurés sociaux. Enfin, l'assurance maladie a la responsabilité d'organiser le système de soins pour que chaque euro soit dépensé de manière utile.

TITRE I^{ER}. - DISPOSITIONS RELATIVES À L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS ET À LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ

Section 1. - Coordination des soins

Article 2

Pouvoir faire bénéficier les patients du meilleur niveau de qualité est au cœur de la réforme de l'assurance maladie. Dans cet objectif, la mise en place d'un dossier médical personnel est une nécessité. Grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication, les moyens, pour assurer une gestion performante et sécurisée des informations médicales de chaque assuré social sont, désormais, disponibles. Le dossier médical personnel répond, de plus, à la volonté du Gouvernement de favoriser le décloisonnement entre la médecine ambulatoire et l'hospitalisation.

Le dossier médical du patient comportera non seulement les éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé mais également les éléments du compte-rendu résumé de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. Ce dossier sera personnel. Le patient pourra contrôler l'accès des professionnels à son dossier.

Toutefois, afin d'assurer une généralisation effective de ce dispositif, il est prévu que l'autorisation donnée par le patient à son médecin pour lui permettre d'accéder à ses données de santé et de le compléter puisse conditionner le niveau de prise en charge des prestations correspondantes par l'assurance maladie.

Un décret en conseil d'Etat fixera les modalités d'application de l'article, y compris les conditions d'accès aux différentes catégories d'information et les cas dans lesquels la participation de l'assuré ne sera pas majorée malgré l'absence d'accès au dossier médical, notamment dans les cas d'impossibilité manifeste.

Ce dispositif sera rendu applicable à compter d'une date fixée par décret en conseil d'Etat et au plus tard au 1^{er} juillet 2007.

Par ailleurs, les dispositions, devenues obsolètes du code de la sécurité sociale relatives au suivi des soins sur le carnet de santé ainsi que le volet de santé sur la carte vitale sont abrogées.

Article 3

Le déploiement d'une politique de soins fondée sur la qualité doit, au premier chef, bénéficier aux assurés sociaux affectés par des pathologies chroniques ou sévères. Dans cet esprit, l'article entend renforcer le dispositif actuel de prise en charge de ces patients en améliorant la coordination des soins entre les professionnels de santé et en impliquant davantage le patient dans sa démarche de soins.

La Haute Autorité scientifique de santé sera l'organe de référence et d'impulsion pour élaborer ou valider les outils d'une prise en charge de qualité et coordonnée des personnes ayant besoin de soins longs et coûteux.

L'article renforce la portée du protocole existant entre le médecin conseil et le médecin traitant lorsqu'une personne est atteinte d'une affection de longue durée (ALD) ou lorsqu'elle a des soins d'une durée supérieure à six mois. Ce protocole devra dorénavant être signé par le patient.

L'article prévoit l'opposabilité du protocole à l'égard du patient et de tout médecin. La bonne coordination des soins liés à l'ALD est renforcée par l'obligation de présentation du protocole à tout médecin consulté par le patient pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur. Au-delà, l'article ouvre également la possibilité, à l'issue d'une réflexion que devra conduire la Haute Autorité et pour autant que la structuration de l'offre le permette effectivement, que les soins ne soient, à terme, exonérés du ticket modérateur que s'ils sont délivrés dans le cadre d'une prise en charge coordonnée du malade.

Article 4

Afin de favoriser la coordination et le suivi des soins, qui sont des conditions essentielles de la qualité des soins et d'un accès optimisé au système de santé, il est offert à tout assuré ou ayant droit âgé de plus de seize ans la possibilité de choisir un médecin traitant de son choix. Le présent article prévoit ainsi que les patients qui ne souhaiteraient pas s'inscrire dans ce dispositif ou qui consulteraient un autre médecin sans prescription du médecin traitant et en dehors de protocoles de soins pourraient se voir appliquer une majoration de la part restant à leur charge, dans des conditions fixées par décret et par décision de l'union nationale des caisses d'assurance maladie créée à l'article 31.

Article 5

Les assurés bénéficient aujourd'hui d'une liberté totale dans l'accès et le parcours au sein du système de soins. Cette liberté est parfois en contradiction avec la nécessité de coordination des soins qui est une des conditions de la qualité des soins.

C'est pourquoi, cet article prévoit un dispositif pour inciter à une prise en charge coordonnée des soins. Il prévoit, ainsi, que la convention nationale puisse éventuellement permettre aux médecins de certaines spécialités, si les parties conventionnelles le souhaitent, de pouvoir pratiquer des dépassements lorsqu'ils reçoivent un patient qui ne leur est pas préalablement adressé par un médecin traitant et qui ne relève pas d'un protocole de soins.

Les modalités appliquées à ces dépassements seront fixées dans la convention nationale. Ces dispositions ne s'appliqueront pas aux spécialités pour lesquelles un recours direct sera possible.

Article 6

Comme la prise en charge du patient requiert, parfois, l'intervention de plusieurs professionnels de santé, le système conventionnel doit être adapté en conséquence. Le présent article donne une base juridique à des accords associant plusieurs professions autour de thèmes ou de projets communs. Il permettra de faciliter la prise en charge interprofessionnelle des patients. Ces conventions sont susceptibles de concerner des thématiques particulières à quelques professions de santé afin d'améliorer l'organisation et la coordination des soins ; elles sont donc distinctes de l'accord cadre interprofessionnel qui a pour but quant à lui de fixer des règles communes à l'ensemble des professions.

Section 2. - Qualité des soins

Article 7

L'article a pour objet de développer les outils contractuels afin de promouvoir les bonnes pratiques des professionnels de santé.

Le I de l'article précise le dispositif existant, en permettant une participation des organismes complémentaires à la contractualisation (1° du I) et en prévoyant son articulation avec les dispositifs conventionnels (3° du I). L'article est également réécrit pour prendre en compte la création de l'union nationale des caisses d'assurance maladie créée à l'article 31.

Le II instaure un dispositif contractuel sur les bonnes pratiques dans les établissements de santé. Celui-ci repose sur des accords nationaux associant l'Etat, les caisses nationales d'assurance maladie et les fédérations d'établissements et sur des accords régionaux conclus entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les établissements de santé qui s'intègrent au contrat d'objectif et de moyen. Ces contrats prévoient des objectifs d'amélioration médicalisés quantifiés et les modalités d'intéressement des établissements aux résultats obtenus.

La coordination des actions menées à travers l'ensemble de ces dispositifs en ville et à l'hôpital est assurée par la co-signature par l'ARH et l'URCAM des accords portant sur les prescriptions hospitalières en ville qui s'inscrit dans le programme annuel commun de gestion du risque instauré à l'article 37 de la loi.

Article 8

La généralisation de l'évaluation des pratiques professionnelles est une garantie essentielle de qualité pour les assurés sociaux. C'est pourquoi, il est prévu que tout médecin s'engage dans une démarche d'évaluation de sa pratique professionnelle par le biais de sa participation à un dispositif d'évaluation

Article 9

Cet article renforce les dispositions relatives à l'information des assurés par les caisses d'assurance maladie sur l'offre de soins afin de contribuer à une meilleure utilisation de l'offre de soins par les assurés sociaux.

Article 10

Le succès de la politique de promotion des références médicales repose, entre autre, sur la capacité de l'assurance maladie à en contrôler le respect dès le remboursement. Le présent article a ainsi pour objet de donner aux caisses d'assurance maladie une mission générale de « liquidation médicalisée ». Les caisses et le service médical pourront vérifier, au moment de la liquidation, sur la base des informations que les assurés ou professionnels leur fournissent, le respect des dispositions relatives au respect des règles et des référentiels associés au remboursement.

Section 3. - Recours aux soins

Article 11

Dans le but de responsabiliser l'assuré dans son comportement de soins, cet article instaure une contribution forfaitaire à la charge des assurés pour les actes réalisés par des médecins. Son faible montant ne constitue pas un obstacle à l'accès aux soins.

Le I précise le champ de la contribution, qui exclut les actes réalisés en hospitalisation mais inclut les consultations externes des établissements du service public hospitalier et les passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation. Il prévoit également que le montant de la participation pourra être modifié par l'union nationale des caisses d'assurance maladie. La valeur initiale de la participation sera fixée par le Gouvernement (V).

Le II prévoit d'ailleurs d'exonérer les enfants et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire de son paiement.

Les III et IV étendent cette franchise à l'ensemble des assurés.

Article 12

La carte électronique d'assurance maladie – dite carte vitale - occupe aujourd'hui une place de plus en plus importante dans la gestion de l'assurance maladie. De ce fait, une attention particulière doit être portée aux conditions dans lesquelles celle-ci est délivrée et utilisée.

C'est pourquoi le présent article prévoit une disposition permettant aux établissements de santé de demander aux bénéficiaires des soins d'attester de leur identité. Cette mesure complètera les dispositions réglementaires qui prévoient la présence de la photographie sur le document lors du renouvellement des cartes vitales.

Dans un souci de coordination des soins et dans l'attente du dossier médical partagé, l'article permet également aux professionnels de santé d'accéder aux informations dont l'assurance maladie dispose sur les soins dont ont bénéficié leurs patients au cours de la période récente.

Article 13

Cet article vise à combler le vide existant, aujourd'hui, en matière de sanctions à l'encontre des professionnels de santé, des établissements de santé ou des usagers. En effet, en dehors du conventionnement qui devrait demeurer exceptionnel, l'assurance maladie ne dispose pas de dispositif intermédiaire et gradué. Dès lors, il est proposé de mettre en place un dispositif simple d'amendes d'administratives qui permettrait aux caisses locales d'assurance maladie de sanctionner les auteurs de divers abus ou fraudes, qu'ils soient le fait des assurés, des professionnels de santé ou des établissements de santé : usurpation de carte vitale, fausses déclarations, cotations d'actes fictifs, notamment.

Cette sanction ne pourra être prise qu'après avis d'une commission composée de membres du conseil de l'organisme local d'assurance maladie et de professionnels de santé.

Un décret en Conseil d'Etat définira celles des règles dont l'inobservation est susceptible d'être sanctionnée ; il précisera également le barème des amendes, qui seront graduées en fonction de la gravité des faits et ne pourront dépasser deux fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans tous les cas, la personne sanctionnée pourra contester la sanction devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Article 14

La législation actuelle ne permet pas à l'assurance maladie d'intervenir efficacement lorsqu'elle constate une utilisation abusive des prescriptions d'arrêts de travail ou de transports, notamment lorsqu'une pratique très supérieure à la moyenne de l'activité normale de ces prescriptions est détectée ou lorsqu'une prescription injustifiée est constatée.

La mesure proposée vise donc, en sus d'éventuelles sanctions financières, à mettre sous contrôle l'activité de prescripteur du médecin, soit par une suspension pendant une période de six mois au maximum de la prise en charge des transports ou des indemnités journalières prescrites par le médecin, soit par une subordination de la prise en charge, pour une durée maximale de six mois également, à un accord préalable du service du contrôle médical.

Dans tous les cas, ces mesures n'interviennent qu'après que le médecin a produit ses observations et après avis de la commission mentionnée à l'article 13.

Article 15

L'article vise à renforcer les moyens de contrôle des arrêts de travail et leur sanction. Le I rappelle l'obligation générale de se soumettre aux contrôles du service du contrôle médical

Lorsque le service médical conclut à la suspension des indemnités journalières, la législation actuelle ne prévoit pour la caisse qu'une obligation d'informer l'assuré. Afin de donner toute leur efficacité à une telle décision, dès lors notamment que l'indemnisation de la sécurité sociale est complétée par une indemnisation à la charge de l'employeur il est créé au I une obligation d'information de l'employeur pour que le versement du complément soit simultanément suspendu.

La législation actuelle ne prévoit pas d'obligation de contrôle pour les arrêts continus de moins de six mois ou les arrêts répétitifs. La mesure proposée vise donc à inciter – sur la base d'un critère de fréquence d'arrêts - le service médical des caisses à contrôler de façon méthodique ces arrêts et à apprécier l'adéquation thérapeutique du recours aux prescriptions d'arrêt de travail à l'état de santé de l'assuré.

Le 2° du I prévoit, lorsque l'assuré qui se soustrait au contrôle perçoit des indemnités journalières, que ces indemnités sont suspendues. Par ailleurs, l'assuré dispose aujourd'hui de 48 heures pour envoyer son avis d'arrêt de travail à la caisse. Or, nombre d'avis de travail sont envoyés avec retard, ce qui empêche le bon déroulement du contrôle des services médicaux pour les arrêts de courte durée. Des dispositions sont prévues pour améliorer la rapidité de transmission, dont la transmission électronique de la prescription d'arrêt de travail. Afin de renforcer le respect de cette règle, le III prévoit en outre une harmonisation des sanctions prises par les caisses en cas de non respect des délais, actuellement fixés par le règlement intérieur des caisses. Ces mesures seront renforcées au niveau réglementaire afin de faciliter l'accès des agents enquêteurs au domicile de l'assuré et de permettre de faire figurer sur l'avis d'arrêt de travail notamment les coordonnées téléphoniques de la personne.

Afin d'éviter qu'un assuré soit pénalisé alors qu'il n'est pas responsable d'un abus, la commission prévue à l'article 13 devra déterminer les responsabilités en examinant notamment si les arrêts de travail sont liés à une politique sociale de l'entreprise.

Article 16

Cet article donne aux caisses d'assurance maladie la possibilité de récupérer de façon simple les sommes indûment versées ou ayant indûment bénéficié à l'assuré. Il permet, en l'absence de contestation par l'assuré de l'existence de cette créance, de retenir sur les prestations à venir la ou les sommes dues. Si la récupération doit s'effectuer sur une indemnité journalière, il est prévu de laisser à disposition de la personne une partie suffisante de cette allocation.

Dans l'hypothèse où l'assuré débiteur est en situation de précarité et dans l'impossibilité de rembourser tout ou partie de sa dette, l'article prévoit en outre que l'assuré pourra formuler une demande auprès de sa caisse pour que tout ou partie de sa dette soit prise en charge sur les crédits de son fonds d'action sanitaire et sociale.

Section 4. - Médicament

Article 17

La directive européenne 2004/27/CE fixe dans son article 10 une définition étendue du générique et prévoit que les différents dérivés chimiques d'un même principe actif (sels, esters, isomères), dans la mesure où ils ont une efficacité et une sécurité équivalente, doivent être considérés comme un même principe actif. La transposition de cette disposition permettra notamment de limiter les pratiques des laboratoires consistant à commercialiser des dérivés chimiques de leurs principes actifs afin de conserver leurs parts de marché au moment de l'expiration de leur brevet. En particulier, les médicaments génériques fabriqués à partir d'un dérivé d'un principe actif feront partie du même groupe générique que ceux fabriqués à partir de ce principe actif, s'ils ne présentent pas de différence dans l'efficacité ou la sécurité.

Article 18

Cet article a pour but d'engager collectivement les entreprises pharmaceutiques dans une amélioration de la qualité de la visite médicale auprès des professionnels de santé qui reste en France l'instrument principal de promotion des médicaments.

Une charte de qualité sera établie entre le LEEM (« Les entreprises du médicament », syndicat représentant l'industrie pharmaceutique) et le comité économique des produits de santé. Elle portera notamment sur le respect par le visiteur médical des indications de l'autorisation de mise sur le marché sur la remise des avis de la commission de la transparence, la présentation des indications prises en charge et de celles qui ne le sont pas, l'existence ou pas d'un tarif forfaitaire de responsabilité. La promotion des médicaments intéressant plusieurs professions de santé, celles-ci seront consultées sur le projet de charte avant son adoption. Dans le cadre des conventions qu'elle conclut avec le comité économique des produits de santé, chaque entreprise devra s'engager à respecter cette charte. Le respect de la charte sera assuré par l'obligation de certification de leur visite médicale.

Les dispositions du IV et du V permettent la prise en charge, le cas échéant, des médicaments importés parallèlement selon des modalités définies par voie réglementaire (décret n° 2004-83 du 23 janvier 2004 relatif aux importations de médicaments à usage humain et modifiant le code de la santé publique).

Le VI a pour objet de réserver l'inscription au remboursement aux seules spécialités présentées par le laboratoire exploitant sous un conditionnement adéquat, pour éviter des dépenses inutiles au regard des prescriptions. Des adaptations des textes réglementaires permettront par ailleurs l'autorisation de mise sur le marché de conditionnements spécifiquement adaptés au traitement de maladies au long cours, sur des périodes supérieures à un mois. La Haute Autorité de santé appréciera l'adéquation des conditionnements aux prescriptions, tout comme le fait la commission de la transparence à l'heure actuelle.

TITRE II. - DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE MALADIE

Section 1. - Haute Autorité de santé

Article 19

La création de la Haute Autorité de santé, autorité à compétence scientifique, vise à renforcer l'évaluation de l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie et à promouvoir la qualité des pratiques dans notre système de santé.

Elle se voit confier deux missions principales :

- évaluer et hiérarchiser le service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé, contribuant ainsi par son expertise médicale et de santé publique au bien fondé et à la pertinence des décisions dans le domaine du remboursement ;

- élaborer des recommandations sur les conditions de prise en charge de processus de soins globaux dans le cadre du traitement de certaines pathologies, notamment les affections de longue durée et veiller à la diffusion de référentiels de bonne pratique et de bon usage des soins auprès des professionnels de santé et à l'information du public dans ces domaines.

L'action de la Haute Autorité permettra ainsi de généraliser un dispositif d'évaluation qui n'existe en pratique aujourd'hui que pour le médicament et les dispositifs médicaux. En matière de bon usage et de bonnes pratiques, la Haute Autorité coordonnera les travaux des agences spécialisées (AFSSAPS et ANAES) et veillera à la diffusion de référentiels directement utilisables par les professionnels de santé dans le cadre de leur pratique quotidienne.

Cette Haute Autorité prend la forme d'une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale. Elle sera dirigée par un collège de huit membres. Il exercera l'ensemble des missions autres que celles qu'il délèguera à des commissions spécialisées. La commission de la transparence (médicaments), la commission d'évaluation des produits et prestations (dispositifs médicaux et autres produits de santé) et le haut comité médical de la sécurité sociale (affections de longue durée) deviendront trois des commissions spécialisées de la Haute Autorité. La création d'une nouvelle commission est également prévue pour l'évaluation des actes des professionnels de santé.

Les modalités de composition de la Haute Autorité ont pour but de garantir son indépendance : les membres du collège sont nommés pour un mandat de six ans par les plus hautes autorités de l'Etat parmi des personnalités reconnues pour leur qualification et leur expérience dans les domaines de compétence de la Haute Autorité. C'est le collège qui nommera les membres des commissions spécialisées. La Haute Autorité disposera de services dirigés par un directeur. Le personnel, de droit public ou privé, sera soumis, comme les membres de la Haute Autorité, à des règles déontologiques strictes afin de prévenir tout conflit d'intérêts.

Article 20

Cet article comporte un ensemble de dispositions liées à la mise en place de la Haute Autorité.

Elles prévoient le transfert à la Haute Autorité de missions exercées aujourd'hui par l'AFSSAPS (secrétariat de la commission d'évaluation des produits ou prestations et de la commission de la transparence, recouvrement des redevances d'inscriptions des médicaments et des dispositifs médicaux - I et II), et par le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM - III).

Section 2. - Respect des objectifs de dépenses

Article 21

Le Gouvernement souhaite confier aux gestionnaires de l'assurance maladie des responsabilités plus importantes. Cela implique notamment que l'assurance maladie soit associée à la définition du budget qui lui est confiée. Les caisses nationales d'assurance maladie prépareront donc un projet d'orientation budgétaire en dépenses et en recettes. Ces propositions devront s'accompagner des éventuelles mesures nécessaires au regard des objectifs de santé publique ou permettant de respecter le cadre pluriannuel fixé par le Parlement.

Article 22

Le Gouvernement souhaite redonner toute sa crédibilité à l'objectif de dépenses d'assurance maladie voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Depuis sa création, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a en effet été systématiquement dépassé, mettant ainsi directement en cause la portée du vote du Parlement. Cet article prévoit donc la création d'une commission d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie qui rendra un diagnostic indépendant de l'ensemble des acteurs, que ce soit le Parlement et le Gouvernement ou l'assurance maladie et les professionnels et établissements de santé. Cette commission sera chargée d'alerter le Parlement, le Gouvernement et l'assurance maladie en cas de risque avéré de dépassement important de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ce comité est composé de trois personnalités qualifiées et reconnues pour leur indépendance. Le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, qui sera membre de cette commission, voit son indépendance consolidée, sa nomination relevant désormais du Premier Président de la Cour des Comptes.

Section 3. - Compétences des organismes d'assurance maladie relatives au remboursement des produits, actes ou prestations de santé remboursables

Article 23

Le Gouvernement souhaite confier à l'assurance maladie les compétences et les outils lui permettant d'assumer ses responsabilités. Dans ce but, cet article prévoit que l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) puisse fixer les taux de remboursement dans des conditions et des limites déterminées par l'Etat. Un décret définira notamment les « couloirs » dans lesquels l'UNCAM pourra faire évoluer les taux de remboursement.

Cet article confie également à l'UNCAM le soin de procéder au classement de chaque médicament dans l'une des catégories prévues par décret en fonction des avis de la Haute Autorité de santé sur le service médical rendu par ces produits. Cette décision sera prise pour les nouveaux médicaments simultanément à l'inscription au remboursement par les ministres et à la fixation du prix par le comité économique des produits de santé.

Article 24

L'inscription des actes et prestations à la nomenclature des actes professionnels, en vue de leur prise en charge par l'assurance maladie, relève actuellement de la compétence de l'Etat.

Cet article prévoit de confier à l'UNCAM le soin de proposer aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'inscrire les actes et prestations à la nomenclature. La proposition sera soumise à la Haute Autorité de santé, qui aura la charge d'émettre un avis sur le service médical rendu des actes et prestations, et sur chacune des indications thérapeutiques ou diagnostiques retenues.

La hiérarchisation des tarifs des actes sera désormais déterminée par l'UNCAM en accord avec les syndicats représentatifs des professions concernées.

A la réception de l'avis de la Haute Autorité et de la proposition de cotation forfaitaire émise par l'UNCAM, l'acte sera inscrit, sauf si les ministres de la santé et de la sécurité sociale s'y opposent dans un délai d'un mois. De même le ministre de la santé pourra procéder à l'inscription d'un acte en cas de carence de l'UNCAM susceptible de nuire à la santé publique, après avis conforme de la Haute Autorité de santé.

Article 25

Le présent article a pour but de donner à l'assurance maladie un rôle plus important dans la politique économique du médicament et des dispositifs médicaux et de rationaliser les mécanismes de décision dans ce domaine, l'Etat restant pleinement responsable des décisions d'inscription au remboursement. La composition du CEPS est ainsi modifiée pour permettre une augmentation du nombre de représentants de l'assurance maladie.

Il donne également au CEPS les outils lui permettant de mettre en œuvre une politique du médicament globale et cohérente. Le CEPS gèrera ainsi le tarif forfaitaire de remboursement, le prix des médicaments, les sanctions en cas d'interdiction de publicité et de dissimulation d'informations nécessaires à l'évaluation du service médical rendu, la fixation de prix limites dans le domaine des dispositifs médicaux, la détermination conventionnelle ou par décision des tarifs et, le cas échéant, des prix des dispositifs médicaux. .

Article 26

L'objet de ces dispositions est de créer un comité de l'hospitalisation permettant d'associer l'assurance maladie à la définition des orientations dans le domaine hospitalier et de donner aux ministres des avis sur les éléments de la politique de financement hospitalier. Ce comité aura également pour mission de contribuer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie dans le secteur. Dans le cadre de ces missions, il travaillera en étroite coordination avec les acteurs du monde hospitalier.

Article 27

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a institué une procédure permettant de sanctionner le non respect des règles de tarification par les établissements de santé, à partir de contrôles ciblés. La rédaction actuelle du texte prévoit que le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est investi du pouvoir de sanction. Il apparaît nécessaire de renforcer la place de l'assurance maladie, organisme payeur et chargé du contrôle des indus, dans cette procédure de sanction et d'organiser les procédures de contrôle. C'est l'objet de ce projet de texte qui confie le pouvoir de sanction à la commission exécutive de l'ARH, où l'assurance maladie est représentée à parité avec l'Etat, et prévoit la mise en place d'un plan de contrôle.

Section 4. - Dispositif conventionnel

Article 28

L'objectif de cet article est de définir un cadre facilitant la négociation et la signature des conventions entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

A l'instar de la loi n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social, cet article crée un droit d'opposition majoritaire qui vise à éviter l'adoption de dispositions conventionnelles auxquelles serait opposée la majorité de la profession concernée. (I, D)

Il est également instauré une procédure d'arbitrage en cas d'absence d'accord ou d'opposition de la majorité de la profession à un accord qui se substitue au dispositif du règlement conventionnel minimal dont les effets pervers ont été soulignés par l'ensemble des acteurs. Ainsi, un arbitre sera désormais désigné préalablement par les parties, ou à défaut par le Premier président de la Cour des comptes. En cas de désaccord entre les partenaires, il arrête un projet de convention dans le respect du cadre financier pluriannuel fixé par les lois de financement de la sécurité sociale. Si l'UNCAM et au moins un syndicat représentatif adhèrent à ce projet, il devient la convention soumise à approbation ministérielle. En l'absence d'adhésion, le projet s'applique en tant que règlement arbitral.

Cet article prévoit aussi d'alléger la procédure d'approbation des conventions nationales par les ministres. Il est notamment proposé de réduire les motifs d'opposition à la non conformité aux lois et règlements et à la présence de dispositions contraires à la politique de santé publique (2° du II).

Le E du II vise enfin à renforcer le lien contractuel entre l'assurance maladie et les professionnels de santé par l'affirmation du principe de l'adhésion explicite aux conventions et accords.

Lorsqu'ils s'installent en exercice libéral pour la première fois, les professionnels de santé qui souhaitent adhérer à l'accord cadre, aux conventions nationales, à leurs avenants, aux accords de bon usage des soins (ACBUS) et au règlement arbitral doivent systématiquement notifier explicitement leur adhésion à la caisse primaire d'assurance maladie. Lors des renouvellements de conventions ou d'accords, après la première installation, un système d'adhésion implicite est mis en place.

Article 29

L'article a pour objet d'étendre le champ d'intervention des conventions afin d'élargir la palette des outils dont disposent les parties conventionnelles dans la gestion des soins de ville.

En effet, les difficultés démographiques apparues depuis plusieurs années dans certaines zones ou dans certaines spécialités montrent l'importance d'une répartition de l'offre de soins libérale plus homogène qu'aujourd'hui. Il est important d'orienter l'installation des professionnels afin d'assurer leur répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire et d'assurer un accès égal de tous les assurés aux soins dont ils ont besoin, quel que soit leur lieu de résidence.

Le présent article confie à la convention le soin de définir désormais les modalités d'organisation du dispositif d'aide à l'installation, en particulier les obligations auxquelles sont soumis les bénéficiaires de ces aides et les modalités d'attribution des aides par les URCAM.

Une évaluation de ces politiques sera menée dans un délai de trois ans afin de mesurer leur efficacité sur la répartition de l'offre de soins libérale.

Dans la même logique, cet article vise à confier à la convention le soin de fixer les éléments de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de leurs cotisations sociales qui sont aujourd'hui fixés par décret en Conseil d'Etat. La négociation conventionnelle déterminera aussi bien l'assiette que le taux et les modalités de calcul de cette participation.

Section 5. - Organisation et de l'assurance maladie

Article 30

Le renforcement des compétences confiées à l'assurance maladie doit s'accompagner d'un nouvel équilibre des responsabilités des instances dirigeantes de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, en distinguant le rôle d'orientation stratégique confié au Conseil du rôle de mise en œuvre opérationnelle donné au directeur général.

Le Gouvernement est favorable à la mise en place d'un conseil comprenant principalement des représentants des assurés sociaux et des représentants des employeurs. C'est le sens du paritarisme rénové. Il s'agit d'établir un conseil composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales représentatives des salariés et de représentants des employeurs désignés par des organisations professionnelles représentatives, ainsi que de représentants des autres acteurs de l'assurance maladie et de la mutualité. Mandaté pour une durée de cinq ans, le conseil est chargé de déterminer les orientations de la politique de l'assurance maladie, notamment celles concernant la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé, à l'organisation du système de soins et au bon usage de la prévention des soins, les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs de sa mise en œuvre. Il veille à la qualité de service rendu à l'usager et définit les principes régissant les actions de contrôle.

Le directeur général est nommé par l'Etat avec l'accord du Conseil, pour une durée de cinq ans. Il met en œuvre les orientations du conseil et lui rend compte de sa gestion. Il dirige la caisse nationale et prend les décisions nécessaires à la bonne marche de l'établissement. Il veille au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement. Il est responsable du pilotage du réseau et nomme les directeurs et agents comptables des organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et de leurs unions.

Article 31

Afin de permettre à l'assurance maladie d'exercer pleinement l'ensemble de ses nouvelles responsabilités, cet article crée une union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) formée des caisses nationales des trois principaux régimes (CNAMTS, MSA, CANAM).

L'union a pour rôle de coordonner l'action des caisses nationales dans le pilotage de l'assurance maladie et de nouer un véritable partenariat avec les professionnels. L'UNCAM aura la responsabilité de négocier les accords et conventions régissant les relations avec les professions de santé, de fixer les taux de remboursement, de même que le montant de la participation forfaitaire par acte, dans des limites et conditions déterminées par l'Etat. L'union aura également pour rôle de proposer à l'Etat les actes et prestations à admettre au remboursement.

Cette union est dirigée par un conseil issu des trois caisses et un collège des directeurs associant, en tant que directeur général, le directeur général de la CNAMTS, et les directeurs des deux autres caisses nationales (la CCMISA et la CANAM).

Afin de créer les conditions d'un réel dialogue entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires, il est créé une union des organismes de protection sociale complémentaire. Elle rendra un avis sur les décisions prises par l'UNCAM en matière d'admission des actes et prestations au remboursement et de fixation des taux de remboursement. Il s'agit d'établir un dialogue entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires en amont des discussions conventionnelles avec les professions de santé, dans le respect de la prééminence de l'assurance maladie obligatoire.

Article 32

L'absence de coordination entre l'assurance de base et les assurances complémentaires conduit souvent à des incohérences dans la gestion de notre système de soins.

Le présent article vise à instaurer une coordination entre l'UNCAM et l'union des organismes de protection sociale complémentaire. Un cahier des charges des contrats « responsables » qui pourra prévoir à la fois des niveaux minima de couverture et des exclusions de prise en charge sera déterminé par l'Etat sur la base des propositions de l'UNCAM et de l'union des organismes de protection sociale complémentaire. Seuls les contrats qui répondront à ce cahier des charges pourront bénéficier des exonérations de cotisations sociales pour les contrats collectifs et de l'exonération de la taxe sur les contrats d'assurance (I).

Afin de laisser le temps aux partenaires sociaux de renégocier le contenu des contrats collectifs obligatoires existant à la date de publication de la loi, l'entrée en vigueur du cahier des charges est différée pour ces contrats au 1^{er} juillet 2008 (II).

De même, pour bénéficier de ces avantages sociaux et fiscaux, les contrats ne devront pas prévoir la couverture de la nouvelle contribution de 1 € sur les actes et consultations médicales, afin qu'elle contribue à la responsabilisation des assurés (III).

L'article facilite la révision des contrats collectifs facultatifs et des contrats individuels lorsqu'il s'agit de tirer les conséquences de la réévaluation du service médical rendu par les médicaments, des dispositifs médicaux ou des actes.

Article 33

A l'instar de la réforme des instances dirigeantes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la caisse primaire d'assurance maladie est désormais dotée d'un conseil au sein duquel est conservée la représentation des assurés sociaux et des employeurs.

Le conseil est compétent sur les axes stratégiques de la gestion de la caisse, veille à l'amélioration de la qualité de service rendu aux usagers et à la pertinence de la politique de communication développée. Par ailleurs, il délibère sur la politique d'action sanitaire et sociale ainsi que sur les modalités de traitement des réclamations des usagers. Il approuve les budgets de la caisse. Il peut enfin diligenter, à la majorité qualifiée, tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions.

Le directeur est responsable du bon fonctionnement de la caisse et exerce à ce titre toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité. Il prépare les travaux et met en œuvre les orientations du conseil, auquel il rend compte de la gestion de la caisse. Il assure l'ensemble des décisions relatives à la gestion de la caisse, notamment en terme d'établissement et d'exécution du budget, de négociation et de signature du contrat pluriannuel de gestion, de nomination du personnel.

Les dispositions des II et III créent, dans la logique de renforcement du pilotage de l'assurance maladie, une compétence de nomination des directeurs des caisses locales par le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Le conseil de l'organisme local ou régional peut s'opposer à cette nomination par un vote à la majorité qualifiée.

Article 34

Les conditions de travail des praticiens conseils du régime général et du régime des travailleurs indépendants sont actuellement régies par un statut fixé par décret, alors que les praticiens conseils du régime agricole ainsi que les salariés de l'ensemble des organismes de sécurité sociale bénéficient de conventions collectives.

Le projet de loi prévoit, pour ces praticiens conseils, le remplacement du statut réglementaire par un dispositif conventionnel à l'instar de celui qui régit tous les personnels des organismes de sécurité sociale. Cette mesure fait suite à une large concertation entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des praticiens conseils

Article 35

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a estimé, dans son rapport, qu'une collaboration efficace entre les acteurs concernés par la gestion du risque passait par un large accès aux informations médicalisées sur les consommations de soins.

A cette fin, cet article prévoit la création d'un Institut des données de santé dont l'objectif principal est de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage des données, dans le respect du principe d'anonymat. Cet institut prendra la forme d'un groupement d'intérêt public.

Cet institut reprend également les missions exercées auparavant par le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie prévues aux articles L. 161-28-2 à 4. Ce conseil est donc supprimé.

Section 6. - Organisation régionale

Article 36

Pour assumer sa délégation de gestion, l'assurance maladie s'appuie sur les organismes locaux, notamment les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) en matière de gestion du risque. Ces unions, créées en 1996, ont été chargées de coordonner la politique des régimes dans ce but. Dépourvues de véritables moyens d'action, elles n'ont pu assumer correctement cette mission.

Il est donc proposé de les renforcer tant en ce qui concerne leurs missions que leur possibilités de contractualiser avec les organismes locaux de l'assurance maladie.

Le directeur de l'URCAM bénéficiera du concours des caisses d'assurance maladie et du service du contrôle médical et conclura des contrats de service avec ces structures pour l'accomplissement de ses missions. La gestion administrative de l'union régionale pourra être confiée à un organisme local d'assurance maladie par décision de l'UNCAM. Les unions auront accès aux données nécessaires à l'exercice de leurs missions.

En contrepartie des moyens financiers dont elles seront dotées pour allouer des rémunérations forfaitaires, financer des actions d'évaluation et d'amélioration des pratiques, les unions se verront fixer des objectifs dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion passé avec l'UNCAM. Ces moyens seront modulés en fonction des résultats obtenus, ce qui permettra de financer l'intéressement des professionnels de santé aux résultats obtenus dans le cadre des accords de bon usage des soins et des autres dispositifs gérés par l'URCAM.

En cohérence avec les évolutions des missions des conseils et des directeurs au niveau national et dans les caisses primaires, l'article clarifie les missions du conseil et du directeur de l'URCAM et réforme la procédure de nomination du directeur de l'union. Il prévoit par ailleurs que les fonctions de directeur d'une union régionale peuvent être assurées, le cas échéant, par le directeur d'un organisme local ou régional ou par le praticien conseil chef de l'échelon régional du service médical. Parallèlement, les fonctions d'agent comptable peuvent être assurées par l'agent comptable d'un organisme local ou régional.

Article 37

Un renforcement des liens entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'URCAM est indispensable pour mettre en place un pilotage global de système de soins.

Cet article fixe une liste minimale d'actions qui devront être menées conjointement dans chaque région par l'ARH et l'URCAM :

- l'élaboration, en cohérence avec les dispositions prévues dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), d'une politique d'installation des professionnels des médecins libéraux, au travers de l'identification des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins et dans lesquelles des primes à l'installation pourront être versées ;

- la permanence des soins de médecine générale, dont l'organisation restera arrêtée dans chaque département par le préfet, mais sur proposition de l'ARH et de l'URCAM ; le décret en conseil d'Etat qui organise la permanence de soins en application de l'article 40 de la loi de financement pour 2003 sera modifié en conséquence ;

- le rapprochement de la ville et de l'hôpital, avec l'établissement d'un programme annuel conjoint d'actions, notamment en terme de développement des réseaux, et de promotion des bonnes pratiques.

Article 38

Cet article de coordination tire les conséquences de la création des conseils de la CNAMTS, de l'UNCAM et des organismes locaux d'assurance maladie dans l'ensemble des articles du code de la sécurité sociale où cela s'avère nécessaire.

TITRE III. - GARANTIR ET ÉLARGIR LES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 39

Cet article est destiné à clarifier les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Il complète en premier lieu les dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, issu de la loi du 25 juillet 1994 et qui a posé le principe de la compensation intégrale par le budget de l'Etat des dispositifs d'exonération de cotisations sociales institués postérieurement à cette date.

Le II de l'article prévoit ainsi que cette compensation : elle s'appliquera désormais aux réductions de cotisations et contributions de sécurité sociale, aux exonérations desdites contributions et aux réductions ou abattements de l'assiette des cotisations et contributions. Ce même II pose également un principe général de compensation, intégrale et réciproque, de tout transfert de charges entre l'Etat et la sécurité sociale.

Par ailleurs, le III prévoit que, dans le respect de la loi organique sur les lois de finances, la loi de finances pour 2005 procèdera, à hauteur de 1 milliard d'euros, à l'affectation à la CNAMTS d'une fraction supplémentaire du droit de consommation sur les tabacs. Cette mesure permet de réaffecter à l'assurance maladie une partie des recettes qui lui avaient été retirées au profit du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) afin de financer les allègements de cotisations sociales liées à la réduction du temps de travail.

Article 40

Cet article est destiné à consolider le recouvrement des recettes de la sécurité sociale.

Les mesures qu'il comporte permettent une lutte plus efficace contre le travail dissimulé. Cela passe par trois mesures distinctes. En premier lieu, en complétant l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, qui liste les activités expressément définies comme salariées au regard de la législation sociale, le I de l'article 40 harmonise les définitions du salariat dans le code du travail et le code de la sécurité sociale. En deuxième lieu, le II de l'article modifie l'article L. 324-12 du code du travail, qui liste les agents habilités à lutter contre le travail dissimulé et les conditions dans lesquelles ils sont autorisés à exercer leur missions, afin de renforcer les pouvoirs des agents verbalisateurs et de consolider les moyens de preuve dont ils disposent.

Enfin, les modifications apportées par le III à L. 324-14 du même code autorisent la mise en œuvre de la responsabilité financière du donneur d'ouvrage qui ne s'est pas assuré de la régularité de la situation de son cocontractant vis-à-vis du code du travail, dès la constatation de l'exercice d'un travail dissimulé, et ouvrent la possibilité d'une vérification périodique, mieux adaptée à des contrats de longue durée.

Article 41

Cet article procède au relèvement, à compter du 1er janvier 2005, de certains taux de la contribution sociale généralisée (CSG), et élargit l'assiette de cette taxe en ce qui concerne les revenus des salariés. Les mesures proposées ont pour objectif d'associer l'ensemble des revenus - d'activité et de remplacement, du patrimoine et de placements, et des jeux - à l'effort de redressement financier de l'assurance maladie.

L'assiette de la CSG et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus d'activité salariée et sur les allocations de chômage donne actuellement lieu à un abattement de 5 % représentatif de frais professionnels ou liés à la recherche d'emploi. Cet abattement a été initialement mis en place afin de maintenir l'égalité de traitement avec les non salariés, qui sont assujettis à la CSG sur une assiette de revenus nette de frais professionnels dont les revenus pouvaient être plus facilement dissimulés. Cet abattement a aujourd'hui perdu une partie de sa justification : en effet, depuis la réforme des frais professionnels entrée en vigueur le 1er janvier 2003, les possibilités de déduction forfaitaire de frais professionnels de l'assiette des revenus soumis à cotisations sociales ont été sensiblement élargies. C'est pourquoi le I de l'article ramène à 3% le taux de cet abattement. Cette disposition est également applicable à la CRDS qui est précomptée selon les mêmes règles.

Les II et IV de l'article 45 relèvent de 0,4 point le taux de la CSG applicable aux pensions de retraite, aux pensions d'invalidité et aux allocations de préretraite, pour le porter à 6,6 %. Les allocations de chômage et les indemnités journalières ne sont pas concernées par cette mesure. Parallèlement, le taux de la cotisation d'assurance maladie assise sur les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite, due par les personnes non redevables de la CSG car non domiciliées en France au sens fiscal, sera augmenté de 0,4 point par décret. Enfin, ce même article (II, III et IV) relève de 0,7 point le taux de la CSG sur les revenus du patrimoine et sur les revenus de placement et de 2 points le taux de la CSG sur les jeux.

L'article permet d'affecter à la CNAMTS l'intégralité des recettes supplémentaires dégagées par ces différentes mesures, soit 2,3 milliards d'euros.

Article 42

La surconsommation de médicaments dans notre pays a été soulignée par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son rapport. Si la promotion est une activité normale dans le cadre d'une activité industrielle et commerciale, elle contribue dans le domaine du médicament à influencer la prescription de façon importante. Cette situation justifie l'existence de taxes portant spécifiquement sur la promotion, afin de réguler la progression des dépenses dans ce domaine. Le présent article vise à renforcer cet outil en majorant les taux de taxation.

Le I de l'article 41 modifie la taxe sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux créée dans la LFSS pour 2004.

Le II majore le rendement de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments.

Article 43

Le I de cet article porte sur la taxe exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. La dégradation des comptes de l'assurance maladie impose de pérenniser cette taxe et d'en augmenter le rendement, afin d'associer les laboratoires pharmaceutiques à l'effort de redressement.

Le IV de cet article fixe le taux K à 1 % jusqu'en 2007 afin de formaliser l'engagement des laboratoires, compte tenu des progrès de la diffusion de médicaments génériques, d'une forte modération de la croissance du chiffre d'affaires des médicaments en ville.

Article 44

La contribution des entreprises au redressement de l'assurance maladie prend la forme d'une imposition additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), au taux de 0,03 %. Les très petites entreprises ne seront pas concernées par cette mesure. En effet, la C3S est due, au taux actuel de 0,13 %, par les seules entreprises constituées sous forme de sociétés et dont le chiffre d'affaires annuel est supérieur ou égal à 760 000 €. La contribution additionnelle de 0,03 %, dont le rendement est estimé à 780 millions d'€ par an et qui sera applicable à compter du 1^{er} janvier 2005, est recouvrée dans les mêmes conditions que la C3S.

Cette contribution, ainsi que les mesures prévues dans l'article 40, seront revues sur la base d'un rapport remis au Parlement avant la fin de l'année 2007. Ce rapport examinera notamment la possibilité de faire évoluer l'assiette des cotisations sociales.

Article 45

Le déficit comptable cumulé de la branche maladie du régime général devrait atteindre 35 milliards d'euros fin 2004. Afin d'alléger la charge financière supportée à ce titre par la CNAMTS et, d'autre part, de remettre à l'équilibre la trésorerie de l'assurance maladie, cet article prévoit de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) la charge du financement de la dette de la branche maladie du régime général.

Par ailleurs, dès lors que la réforme de l'assurance maladie vise à parvenir au retour à l'équilibre des comptes en 2007, la CADES pourra être amenée à prendre à sa charge les déficits des exercices 2005 et 2006, dans la limite de 15 milliards d'euros.

Enfin, cet article prévoit d'allonger la durée de vie de la CADES jusqu'à l'achèvement du remboursement de la dette sociale.