

Fiche n°10 : la nouvelle organisation de l'assurance maladie

La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie comporte trois grands volets : l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, le financement et enfin l'organisation et le fonctionnement de la branche assurance maladie. C'est de cette dernière partie dont il est question dans cette fiche.

A) Mise en place de 3 nouvelles structures

1° l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

Ses missions :

- négocier la politique conventionnelle avec les professionnels de santé et les centres de santé avec la possibilité d'associer l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (voir ci-après) ;
- fixer les taux de remboursement ;
- décider des actes et prestations qui seront remboursés, après avis de la Haute autorité en santé ;
- fixer le montant de la franchise créée par la loi (au 1^{er} janvier 2005, 1 euro) ;
- rendre un avis motivé et public sur les projets de loi et décrets relatifs à l'AM

Son rôle est de coordonner l'action des caisses nationales dans le pilotage de l'assurance maladie, et d'y associer en partenariat les professionnels de santé et les organismes complémentaires.

A noter le transfert de compétences de l'Etat vers l'UNCAM qui fixera désormais les taux de remboursement des médicaments et des prestations et décidera d'inscrire à la nomenclature les actes et prestations ; le contrôle de l'Etat s'effectuant à posteriori.

Sa composition :

L'UNCAM est composée d'un conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur général

- le conseil est composé de 18 membres :
 - 12 membres (6 représentants des employeurs et 6 des salariés) dont le président désignés par le conseil de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) en son sein ;
 - 3 membres, dont le président, désignés par le conseil de la Canam (caisse d'assurance maladie des travailleurs non salariés (artisans, commerçants et industriels) ;
 - 3 membres, dont le président, désignés en son sein par le conseil de la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole.

Le rôle du conseil reste limité à la détermination d'orientations dans ses domaines de compétences : négociation des conventions avec les professionnels de santé, admission des actes et prestations au remboursement, ticket modérateur à la charge des assurés.... Sur ce dernier point, le conseil peut demander un second projet au directeur mais il ne pourra s'y opposer qu'à la majorité qualifiée des deux tiers.

- le collège des directeurs est composé des 3 directeurs des caisses nationales : le directeur de la Cnam qui est aussi le directeur de l'union dispose de 2 voix. Le collège fait des propositions au conseil sur le niveau du ticket modérateur et met en œuvre les orientations fixées par ce même conseil (inscription des actes au remboursement).
- Le directeur général négocie et signe les accords avec les professionnels de santé, met en œuvre les orientations fixées par le conseil qui ne relèvent pas du collège des directeurs et notamment le niveau du ticket modérateur.

2° l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Sa mission consiste d'une part à émettre des avis :

- sur les propositions de l'UNCAM visant à admettre au remboursement des actes et des prestations ;
- sur la fixation du ticket modérateur et de la franchise,

et d'autre part à participer à la négociation et à la signature des conventions avec les professionnels de santé, en accord avec ces derniers.

L'union est composée des représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assureurs commerciaux ; elle est dotée d'un conseil.

3° l'union nationale des professionnels de santé

Elle regroupe des représentants de l'ensemble des professions de santé libérales; sa composition sera fixée par décret.

Elle émet le même type d'avis que l'union des organismes complémentaires.

Commentaires

1) Cette architecture autour de 3 nouvelles instances est très proche des propositions de la mutualité française qui revendique notamment à l'assurance maladie obligatoire et aux mutuelles de fixer leurs prestations respectives (voir ses 25 propositions).

Associer ainsi les complémentaires de santé à la gestion du risque, à la définition de ce qui est pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires :

- c'est renoncer à améliorer le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et donc renoncer à instaurer un régime universel obligatoire pour tous ;

- c'est maintenir, voire aggraver les inégalités existantes en termes d'accès au système de santé pour des raisons financières ; ce n'est pas l'aide à l'acquisition d'une complémentaire qui réduira les inégalités car les disparités (taux de cotisation, niveau de couverture, sélection...) entre complémentaires perdureront.

- c'est entériner l'intrusion des assureurs dans la gestion et la régulation du système de soins ; les objectifs de la mutualité (différents de ceux des assurances commerciales) risquent de ne pas résister longtemps aux pratiques et comportements des assureurs privés plus soucieux de profit que d'égalité et de solidarité.

En effet il ne faut pas oublier que parmi les complémentaires, certains se disent prêts à rembourser dès le 1^{er} euro : ainsi la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) proposait en juin 2003 que les assureurs complémentaires remboursent dès le 1^{er} euro (c'est à dire en totalité) certaines prestations comme l'optique, le dentaire, les prothèses auditives...

secteurs particulièrement délaissés par l'assurance maladie obligatoire, mais rentables pour le marché.

A signaler que le président de la FFSA est un des représentants du Medef au sein du conseil de la Cnam !

2) Les pouvoirs confiés à l'Uncam paraissent très importants : en effet, c'est l'union qui déterminera à l'avenir, le niveau de la prise en charge des dépenses de santé par la collectivité. Mais compte tenu de la répartition des pouvoirs entre les 3 instances, l'essentiel des décisions –dont celle de décider du taux de remboursement- sera concentré entre les mains du collège des directeurs et plus particulièrement dans celles du directeur général, qui, rappelons-le, est nommé par le pouvoir politique avec la mission de respecter les objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans ces conditions, on peut déjà dire que l'évolution du niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire dépendra en fait d'une seule instance, le collège des directeurs de l'Uncam, voire d'une seule personne, son directeur. Or on sait que toute évolution du niveau de prise en charge est le fondement d'une politique de protection sociale. Cette responsabilité relevait précédemment du gouvernement. Désormais ce sera l'Uncam qui décidera, en s'efforçant de présenter ses choix comme de simples mesures de technique budgétaire, alors qu'elle agira le plus souvent au lieu et place du gouvernement, lequel ne sera plus politiquement " en première ligne " grâce à cette manœuvre. Pour s'opposer aux décisions du collège des directeurs, le conseil ne pourra le faire qu'avec une majorité des deux tiers c'est-à-dire avec l'appui du patronat !

En outre, dans la composition de la représentation du conseil de la Cnam au sein de l'Uncam, le politique a fait le choix d'en rester à un strict paritarisme (6 représentants des syndicats et 6 des employeurs) et d'écarter délibérément les associations d'usagers désormais présentes au conseil de la Cnam.

En conséquence, du fait de la composition du conseil de l'Uncam, le patronat pourra y disposer de fait d'une majorité de blocage (6 sièges à la Cnam et 3 sièges à la Canam) et imposer sa vision libérale du système de santé synonyme de régression sociale.

B) Les modifications apportées aux instances de la CNAM

Trois fonctions sont désormais distinguées au sein de la CNAM : l'orientation stratégique sera de la responsabilité du conseil, la gestion revenant au directeur général et le contrôle au conseil de surveillance (ses prérogatives ne sont pas modifiées).

- Le Conseil

Il remplace l'actuel conseil d'administration, il est composé de 35 membres (contre 33 précédemment)avec voix délibérative

- 13 représentants des employeurs : 7 pour le MEDEF, 3 pour la CGPME et 3 pour l'UPA ;
- 13 représentants des salariés : 3 CGT, 3 CFDT, 3 FO, 2 CFTC, 2 CGC ;
- 3 représentants de la FNMF ;
- 6 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie (Fnath, Unaf, Unsa, Unapl, fonds CMU, Ciss (collectif interassociatif des usagers) ;
- + 3 représentants du personnel avec voix consultative.

Son rôle est profondément modifié, il ne se limite plus à la seule gestion de la caisse; il lui appartient désormais de fixer les orientations de la politique de l'assurance maladie, et notamment de déterminer :

- les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de la santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins .. et au bon usage de la prévention et des soins ;
- les orientations de la politique de gestion du risque et les objectifs prévus pour sa mise en œuvre ;
- le projet de budget (recettes et dépenses) pour l'année suivante ;
- les orientations de la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclues avec l'Etat.

- Le directeur général

Nommé par décret pour 5 ans, ses pouvoirs sont très étendus : il dirige la Cnam et exerce une autorité sur le réseau des caisses régionales et locales dont il nomme les directeurs (auparavant désignés par les conseils d'administration) et les agents comptables. Il est responsable de leur bon fonctionnement.

Le directeur a compétence notamment pour signer et négocier la convention d'objectifs, recourir à l'emprunt, prendre des décisions nécessaires au respect de l'ONDAM....

Il est également chargé de la préparation des orientations de la politique de gestion du risque et des objectifs prévus pour sa mise en œuvre, de la préparation des propositions de budget ...qui au final seront votées par le conseil. Si le conseil peut demander au directeur général un second projet sur ces points, il ne pourra s'y opposer que s'il recueille une majorité des deux tiers.

Il ne peut être mis fin (avant le terme de 5 ans) aux fonctions du directeur général qu'après un avis favorable du conseil à la majorité des deux tiers.

L'organisation des caisses primaires est également modifiée: elles seront dotées d'un conseil de 23 membres (22 auparavant) ; les 4 personnes qualifiées sont remplacées par 5 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie désignés par le préfet.

Commentaires

Les nouvelles missions du conseil sont-elles de nature à clarifier ses compétences, ses pouvoirs et ses responsabilités avec celles de l'Etat et des professionnels de santé ?

- L'Etat conserve ses prérogatives : déterminer les orientations de santé publique, veiller à leur respect par l'ensemble des acteurs du système de santé, garantir à tous l'égalité de l'accès aux soins.

- Le conseil n'a plus qu'un rôle d'orientation (c'était la volonté du Medef qui estime qu'il n'a pas de légitimité à gérer l'assurance maladie), alors que précédemment il négociait les conventions avec les professionnels de santé, mission désormais attribuée au directeur général de l'Uncam. Il n'a de pouvoir ni en matière de cotisations (cela continue à relever du gouvernement), ni en matière de prestations (missions désormais confiées à l'Uncam).

Quant à sa composition, la seule innovation porte sur la participation nouvelle d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie. Toutefois on peut s'interroger sur la légitimité de la présence de certaines organisations et sur les compétences de l'UNSA en matière d'assurance maladie ! Si on peut se féliciter de l'arrivée d'associations d'usagers, on doit regretter leur absence de l'uncam, l'instance où seront effectués les choix les plus déterminants en terme de politique de santé et d'accès aux soins.

C) Un nouveau pilotage financier

- **le projet d'orientation budgétaire**

Chaque caisse nationale d'assurance maladie (Cnam, CCMSA, Canam) devra transmettre avant le 30 juin de chaque année au ministre et au Parlement un projet d'orientation budgétaire pour l'année suivante comportant notamment des mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre financier.

- **le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie**

Placé auprès de la commission des comptes de la sécurité sociale, il est composé du secrétaire général de cette commission, du directeur de l'Insee et d'une personne qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

Sa mission est d'alerter au plus tard le 1^{er} juin et chaque fois que nécessaire, le Parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie en cas de dépassement (le seuil de déclenchement est fixé à 0,75% soit 1 milliard pour 2005) de l'objectif national des dépenses d'AM voté par le parlement.

Les caisses disposeront d'un mois pour proposer des mesures de redressement, soumises pour avis au comité d'alerte.

Commentaires

Pour respecter l'ONDAM il faut donc s'attendre à ce que soient prises à tout moment en cours d'année des mesures de déremboursement (augmentation de la franchise ou du ticket modérateur dont les montants sont de la responsabilité de l'UNCAM) qui viendront donc remettre en cause le contenu de lois de financement de la Sécurité Sociale votées au préalable par le Parlement. En effet, depuis que le Parlement vote un objectif national des dépenses d'assurance maladie (l'ONDAM), ce dernier n'a été respecté que la première année (en 1997) et depuis les dépenses ont excédé les prévisions(+ 3,9 milliards en 2002,+1,2 milliard en 2003) pour deux raisons essentielles :

- *d'une part, l'ONDAM est élaboré à partir d'éléments économiques et comptables et non à partir des besoins sanitaires ;*
- *d'autre part, les mesures de maîtrise du système sont soit absentes, soit se sont révélées inefficaces.*

Tant que le taux d'évolution des dépenses restera fixé sans tenir compte des besoins de santé qui restent à évaluer et tant que le système de soins ne sera pas réorganisé en profondeur, le gouvernement continuera à s'inscrire dans une logique de maîtrise comptable. Avec une différence de taille, celle de reporter la responsabilité de la diminution des prestations sur l'Uncam .

D) Création d'une Haute Autorité de Santé

Ses principales missions :

- évaluer les actes, produits, prestations et le service qu'ils rendent ;
- élaborer des guides de bon usage de soins ou des recommandations de bonnes pratiques ;
- donner un avis sur la prise en charge des produits par l'assurance maladie ;
- évaluer les pratiques professionnelles, certifier les établissements...

L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) est intégrée à la haute autorité.

La Haute Autorité de Santé a le statut d' " autorité publique indépendante ", elle n'est soumise à aucun pouvoir hiérarchique. Elle comprendra un collège et des commissions spécialisées.

Le collège sera composé de 8 membres désignés par le président de la république, les présidents de l'Assemblée nationale, du Sénat et du Conseil économique et social.

Les commissions spécialisées seront créées par la HAS : des commissions existantes comme la commission de la transparence (médicament) et la commission d'évaluation des produits et prestations de santé (dispositifs médicaux et autres produits de santé) deviennent des commissions de cette nouvelle structure.

Commentaires

La mise en place une autorité indépendante, chargée d'évaluer les pratiques et les techniques médicales, de faire des recommandations de bonnes pratiques de soins n'est pas contestable en soi ; si son objectif n'est pas la recherche d'économies, elle ne peut que contribuer à renforcer l'efficacité du système de santé et à s'assurer de la plus juste allocation des ressources.

Mais des décisions d'une telle importance ne sauraient être confiées (voire confisquées) aux seuls experts fussent ils les plus éminents. La prise de décisions (ou d'orientations) doit être partagée et faire l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs que sont les professionnels de santé, les associations de malades, les assurés sociaux, les organismes de sécurité sociale...

A ce stade, il est possible et nécessaire d'impliquer le plus grand nombre pour que se développe et s'installe une véritable démocratie sanitaire (reste à définir son niveau, sa forme...)

E) Vers un renforcement de l'échelon régional

A terme, il est prévu de mettre en place des agences régionales de santé (ARS) pour articuler prévention médicale et développement de l'offre de soins en regroupant plusieurs structures (agences régionales d'hospitalisation, unions régionales des caisses d'assurance maladie, directions régionales de l'action sanitaire et sociale et groupements régionaux de santé publique).

Dans cette attente, les missions des URCAM sont élargies, et une plus grande coordination entre les secteurs hospitalier et ambulatoire sera instituée.

La réforme des Urcam

Chargées d'élaborer une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des soins de ville et d'être l'interlocuteur privilégié des médecins, les Urcam voient leurs missions élargies, d'une part à la promotion et l'évaluation des actions de coordination de soins ainsi qu'à la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé. Elles devront également veiller à la mise en œuvre des actions de prévention et d'éducation sanitaire dans le cadre des priorités de santé publique définies au plan régional.

Création d'une mission régionale de santé

Son objectif étant d'améliorer l'articulation entre médecine de ville et hôpital, elle aura les compétences conjointes de l'ARH et de l'Urcam .

La mission devra :

- faire des propositions d'organisation en matière de permanence des soins ;
- faire des propositions sur la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux ;
- arrêter le programme annuel des actions destinées à favoriser la coordination des différents acteurs du système de soins et notamment en matière de développement des réseaux ;
- définir un programme annuel de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

Commentaires

Après le renforcement des pouvoirs des ARH, on voit se profiler à l'horizon la suprématie des futures Agences Régionales de Santé. Les ARH sont désormais libres de fixer leur niveau d'équipements sanitaires, de décider des regroupements, fusions et reconversions d'établissements renforçant ainsi les inégalités territoriales déjà existantes.

Avec le plan hôpital 2007, la législation permet désormais la mise en place de groupements de coopération sanitaire (GCS) qui autorise la mutualisation des compétences techniques et humaines entre le public, le privé et le secteur libéral avec comme conséquences prévisibles l'attribution des secteurs lucratifs au privé. Quant aux personnels qui seront employés par le GCS, ils deviendront salariés de droit privé ; c'est un moyen d'en finir avec les statuts et garanties de la fonction publique.

Cette nouvelle organisation est à mettre en relation avec les projets de régionalisation de l'assurance maladie dans la perspective de transférer les coûts vers les régions. La dimension de territoire n'est pas, dans ce dispositif, un moyen d'évaluer les besoins de santé pour des populations données, mais un outil de gestion rationnelle des moyens qui seront attribués. Le renforcement régional dont il est question ici ne va pas dans le sens d'un renforcement de la vie démocratique, il organise surtout l'immunité des décideurs économiques.

F) Création de nouvelles structures

- d'un institut des données de santé

Il s'agit d'un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, les caisses nationales, l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et l'union nationale des professionnels de santé. Sa mission est de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et au partage anonyme des données de santé.

- d'un conseil de l'hospitalisation

L'assurance maladie disposera d'une compétence renforcée au sein de ce conseil. Le conseil sera chargé chaque année d'élaborer des propositions relatives au montant des objectifs de dépense d'assurance maladie et des dotations nationales afférents aux établissements de santé.....

- d'un comité de la démographie médicale.

Ce comité comprend 7 représentants de l'Etat, 4 représentants des régimes d'assurance maladie, 5 représentants de l'union des professionnels de santé exerçant à titre libéral, 4 représentants des unions régionales des médecins libéraux et 10 personnes qualifiées.

Ce comité rend tous les ans un avis sur le nombre d'étudiants autorisés, à la fin de la première année du 1^{er} cycle, à poursuivre des études médicales. Il prend en compte les travaux d'études et de projection réalisés par l'observatoire national de la démographie des professions de santé, notamment en ce qui concerne l'analyse des besoins de la population en matière d'offre médicale et les disparités existant sur le territoire, sur lesquelles il peut émettre des propositions.

L'assurance maladie, par le biais de son directeur général, sera désormais représentée au sein de cet observatoire.

Commentaires généraux

La multiplication de nouvelles instances (unions, conseil, autorité, comité...) ne facilite ni la lecture ni l'analyse de la réforme de l'assurance maladie.

Toutefois on peut dégager une tendance forte, celle du retrait du politique d'un certain nombre de prises de décisions, non pas pour donner plus de pouvoirs à d'autres acteurs mais pour faciliter le désengagement de l'Etat d'une politique de santé jugée trop coûteuse.

Jusqu'à présent et à juste titre on a beaucoup critiqué le poids de la tutelle de l'Etat sur les caisses de sécurité sociale et dénoncé le fait que le gouvernement décidait de tout, c'est à dire du niveau tant des cotisations que des prestations et qu'en conséquence les partenaires sociaux ne disposaient d'aucun pouvoir.

Aujourd'hui, la réforme transfère la décision portant sur le niveau des prestations, du gouvernement vers l'Uncam, ce qui peut paraître aller dans le sens d'une responsabilisation des partenaires sociaux. Mais dans les faits, la décision appartiendra au directeur général de la Cnam. Etant donné que la " réforme " ne permettra pas un retour à l'équilibre entre recettes et dépenses, que l'ondam est irréaliste, il paraît évident que des mesures de redressement, dont le gouvernement n'endossera pas directement la responsabilité, s'imposeront d'elles-mêmes.

Le volet recettes (montant des cotisations) reste de la responsabilité exclusive du gouvernement : l'objectif du gouvernement actuel étant de réduire à tout prix les prélèvements obligatoires (impôts et cotisations), on peut affirmer qu'il n'utilisera pas cette possibilité pour améliorer l'accès de tous à un système de soins, renforcer les solidarités....

* * * * *

Eléments de débat pour poursuivre notre réflexion sur une autre gestion

A l'issue du Congrès de Bobigny des 7 et 8 décembre 2004 plusieurs questions restent en débat au sein de notre Union syndicale Solidaires sur le dossier de l'assurance maladie dont celle sur la gestion. Il appartiendra à la Commission nationale " Sécurité Sociale " d'enrichir et de faire vivre ce débat, en liaison avec le Bureau et le Comité national. La présente fiche est le reflet des premières réflexions des camarades de la Commission à la lecture du texte de la loi du 13 août 2004 et des mesures prises depuis. Il est évident qu'il nous faudra examiner comment vont vivre entre elles ces nouvelles structures. En tout état de cause il nous faudra répondre à un certain nombre de questions pour élaborer ensemble des propositions alternatives. La liste ci-dessous, non exhaustive, doit déjà nous aider dans la poursuite du débat :

A qui revient de définir la politique de santé ?

A qui revient la mise en œuvre de cette politique: à une administration directement (comme c'est le cas de l'éducation nationale) ou à un organisme par voie de délégation ?

Santé et assurance maladie : compétences distinctes ou partagées entre les différents acteurs que sont l'Etat, les professionnels de santé et les caisses de sécurité sociale ? quelle place pour les usagers.

Qui gère les caisses, qui définit les prestations et les cotisations, qui organise le système de soins ?

Autre angle de réflexion : celui fait par le haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (chapitre 3) et qui aborde le sujet en partant des 4 fonctions fondamentales du système : cadrage de la prise charge, organisation du système de soins, gestion du risque et allocation de ressources.

Qui doit contrôler le respect de la loi, la qualité des soins, l'usage des fonds publics ?

Quelle démocratie dans le fonctionnement du système de santé et dans sa gestion ?
