



E-mail : snui@snui.fr
<http://www.snui.fr>

SYNDICAT NATIONAL UNIFIE DES IMPOTS

80/82 rue de Montreuil 75011 PARIS

Tél. 01.44.64.64.44 - Fax 01.43.48.96.16

Réforme de l'assurance maladie

Le SNUI fait le point

Novembre 2004

La « réforme » de l'assurance maladie entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2005.

La loi du 13 août 2004 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.

Ce dossier a pour objet de rappeler les principales mesures contenues dans la loi du 13 août 2004 ; pour un certain nombre d'entre elles (hausse de la CSG, mise en place des nouvelles institutions) les textes sont parus. Les autres mesures relatives à la maîtrise des dépenses (contribution forfaitaire, complémentaire santé, médecin traitant...) sont en cours de finalisation.

La partie concernant la nouvelle organisation de l'assurance maladie a été rédigée par la commission protection sociale du G 10 Solidaires.

Le SNUI avec le G10 Solidaires poursuivra sa réflexion sur 2 sujets importants : l'organisation du système de santé et sa gestion.

Sommaire

- | | |
|---|--------|
| - se soigner nous coûtera plus cher | page 3 |
| - l'aide à l'acquisition d'une complémentaire | page 6 |
| - le dossier médical | page 7 |
| - la nouvelle organisation de l'assurance maladie | page 9 |

A compter du 1^{er} janvier 2005 se soigner coûtera plus cher

- Hausse de la CSG

Nature des revenus	Taux 2004	Taux 2005	assiette
Revenus d'activité (salariaux et non salariaux)	7,5	7,5	97% du revenu brut au lieu de 95%
Retraites, préretraites, pensions d'invalidité (1)	6,2	6,6	100% de la retraite, préretraite ...
Allocations chômage et indemnités journalières (1)	6,2	6,2	97% de l'allocation chômage et des IJ
Revenus du patrimoine et de placement	7,5	8,2	
jeux	7,5	9,5	Partie des sommes engagées

(1) pour les personnes non imposables à l'impôt sur le revenu (IR) mais imposables à la taxe d'habitation, le taux de CSG est fixé à 3,8%. Les personnes non imposables à l'IR et à la TH qui perçoivent des revenus de remplacement sont exonérées de CSG.

En 2003, le rendement de la CSG (hors les 0,10% affectés à l'allocation personnalisée d'autonomie) était de 64 milliards, il devrait atteindre 70 milliards en 2005, dont 2,4 milliards supplémentaires pour la CNAM. La part de la CSG sur les revenus d'activité (salariaux et non salariaux) et les revenus de remplacement représente 88% du total.

- Hausse de la CRDS

La CRDS ayant la même assiette que la CSG, elle sera donc calculée sur 97% du salaire à compter du 1^{er} janvier 2005.

La durée de perception de la CRDS sera donc prolongée au delà de 2014, pour couvrir les déficits cumulés par la branche maladie depuis 1998 jusqu'au 31 décembre 2003 ainsi que les déficits prévisionnels pour 2004, 2005 et 2006.

- Hausse de la contribution des sociétés

Une contribution additionnelle de 0,03 point à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (CSSS) est instituée au profit de la CNAMTS. Rendement attendu 800 millions d'euros.

Rappel : la C3S concerne les sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760 000 €, son taux actuel est de 0,13% ; elle a rapporté 3,3 milliards d'€ en 2003 ; elle est affectée aux régimes des non salariés non agricoles.

A noter que les mutuelles et institutions de prévoyance sont désormais incluses dans le champ d'assujettissement de la contribution au même titre que les sociétés d'assurances, pour se conformer au droit européen.

- Hausse du forfait hospitalier : + 1 euro

Il passera de 13 à 14 € au 1^{er} janvier.

Rappel : à sa création en 1983, son montant était de 20F soit 3 € !!!

- Création d'une participation forfaitaire de l'assuré

Pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin (à l'exception de ceux réalisés au cours d'une hospitalisation) ainsi que pour les actes de biologie médicale il sera demandé aux assurés (à l'exception des mineurs, des bénéficiaires de la CMU complémentaire et des femmes enceintes) une participation forfaitaire qui devrait être fixée à 1 € au 1^{er} janvier 2005. Cette franchise ne pourra être prise en charge par les complémentaires, sous peine pour elles de perdre le bénéfice d'avantages sociaux et fiscaux. Le montant de la franchise relèvera de la compétence de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Le gouvernement a donc réussi à mettre en place un ticket modérateur d'ordre public dont le montant est appelé à augmenter dans les années à venir.

Censée responsabiliser l'assuré, il y a fort à craindre que la franchise ne devienne un instrument idéal pour agir sur le niveau des dépenses prises en charge, sans toucher aux cotisations et donc aux prélèvements obligatoires. On peut parier que l'augmentation de la franchise fera partie des mesures de redressement que pourraient prendre les caisses d'assurance maladie en cas d'intervention du comité d'alerte c'est à dire en cas de dépassement de l'enveloppe fixée par le parlement. Le dépassement est fort probable tant l'objectif d'évolution des dépenses est irréaliste (+ 3,2% pour 2005) car totalement déconnecté de la réalité sanitaire et sociale et qu'aucune mesure de régulation des dépenses n'est envisagée.

Il faut rappeler que les mesures d'économies prises jusqu'à présent (déremboursements, augmentation du ticket modérateur, hausse du forfait hospitalier...) n'ont jamais modéré l'évolution des dépenses de santé ; elles se sont montrées inefficaces économiquement et injustes socialement.

La mise en place d'une franchise va pénaliser les personnes qui disposent de faibles ressources (le plafond de la CMU complémentaire est de 566 €) ; c'est un nouvel obstacle dans l'accès aux soins pour une partie de la population.

- Désignation d'un médecin traitant (texte à paraître)

Chaque assuré devra choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste) «pour l'orienter dans son parcours de soins».

S'il n'a pas désigné de médecin traitant ou s'il consulte un autre médecin sans passer par son médecin traitant, l'assuré verra son **ticket modérateur majoré** et, comme pour la franchise, cette majoration ne pourra être prise en charge par les complémentaires. Toutefois la majoration ne sera pas applicable dans certaines situations (consultation directe d'un pédiatre, ophtalmologiste ou gynécologue ou en cas d'urgence...).

En outre, au delà de cette première pénalisation (majoration du ticket modérateur) et toujours au motif de « non respect du parcours de soins », certains spécialistes seront autorisés à pratiquer **des dépassements d'honoraires** ; le patient sera ainsi doublement pénalisé. Si les complémentaires ont la possibilité de rembourser ces dépassements d'honoraires (ce qui est le cas aujourd'hui), seuls les assurés sans couverture complémentaire (ou qui ne prendra pas en charge ces dépassements) en supporteront directement le coût.

Le passage obligé par un médecin traitant avant de se rendre chez un spécialiste n'est pas critiquable en soi, si son objectif est d'améliorer la qualité des soins. En revanche l'avantage financier qui sera donné au spécialiste pour pénaliser le patient qui ne respecterait pas ce parcours est particulièrement choquant.

C'est une véritable aubaine pour les spécialistes qui ne cessent de réclamer la liberté de fixer librement leurs honoraires, certains le font aujourd'hui en toute illégalité.

Pourquoi avoir créé cette notion de « médecin traitant » au lieu de développer le système du « médecin référent » mis en place en 1998 ? Il rassemble aujourd'hui 6000 généralistes et 1 million de patients mais il rencontre toujours l'opposition des 2 plus importants syndicats de médecins, la CSMF et le SML qui souhaitent sa disparition. On peut donc penser que la seule justification du gouvernement à la mise en place du médecin traitant soit purement économique.

De plus, cela va renforcer un système à 2 vitesses (du fait de l'existence d'un secteur 2) pour accéder à un spécialiste: obtenir un rendez-vous rapidement sera grandement facilité pour les personnes qui auront les moyens financiers de s'affranchir du passage par un médecin traitant, quant aux autres, elles devront patienter plus ou moins longtemps.

Enfin, si la mise en place du médecin traitant a véritablement pour objectif de développer la coordination des soins, le médecin traitant ne doit pas rester un simple prescripteur de consultations (autrement on multipliera par 2 les actes). Il faut lui reconnaître une véritable responsabilité dans le parcours de soins des assurés et dans la gestion du dossier médical, ce que les textes ne mentionnent pas pour le moment.

Les mesures envisagées dans le cadre de la « réforme » engagée par le gouvernement vont peser très fortement sur les assurés sociaux.

Le gouvernement a mis en place un cadre et des outils qui vont lui permettre d'aller au bout de la logique libérale de sa conception du système de santé. Le nouveau dispositif va lui permettre notamment de peser sur le niveau des prestations sans que sa responsabilité directe soit engagée.

Les compétences qu'il exerçait dans ce domaine sont déléguées à une nouvelle instance : l'union nationale des caisses d'assurance maladie ; c'est l'Uncam qui décidera demain du niveau de prise en charge des dépenses d'assurance maladie, du montant de la franchise et du forfait hospitalier.

La pérennité du financement de l'assurance maladie est loin d'être acquise et le dépassement des objectifs fixés par le parlement paraît inévitable. Dans ces conditions, le recours à une diminution du niveau des prestations paraît inéluctable, les instances (Cnam ou l'Uncam) n'ayant pas la capacité d'agir sur les cotisations qui restent du domaine exclusif du gouvernement.

Par ailleurs, le nouveau dispositif conventionnel entre assurance maladie et médecins renforce la position des médecins (on pourra en juger au vu des résultats de la négociation en cours) ce qui va les inciter à faire valoir d'autant plus leurs exigences tarifaires....et à rejeter toute mesure destinée à réguler les dépenses de santé.

En revanche, la réforme décidée par le gouvernement n'a pas mis en place les instruments qui auraient permis de réorganiser le système de santé tant pour le réguler que pour le rendre plus efficace: coordination des acteurs sanitaires et sociaux par la mise en place de réseaux, modification des modes de paiement des professions médicales, autre approche des questions de santé ...

Aucune contrainte n'est imposée aux professionnels de santé qui continueront à revendiquer haut et fort la liberté d'installation, la liberté de prescription, les honoraires libres, le paiement à l'acte...

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire

Ce qui est prévu

A compter du 1^{er} janvier 2005, une aide à l'acquisition d'une complémentaire maladie est instituée. Elle est destinée aux personnes qui ne peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire, mais dont les revenus dépassent de peu le plafond exigé pour y prétendre.

L'aide financière sera réservée aux personnes dont les ressources mensuelles sont comprises entre le plafond actuel soit 566,50 € et ce plafond majoré de 15%, soit 651,50 € pour une personne seule. Le montant du plafond variera en fonction du nombre de personnes présentes dans le foyer.

Le montant de l'aide sera fonction du nombre et de l'âge des personnes concernées.

Cette aide, qui prendra la forme d'un crédit d'impôt, sera égale par an :

- à 75 € pour une personne de moins de 25 ans ;
- à 150 € pour une personne de 25 à 59 ans ;
- à 250 € pour une personne de plus de 60 ans.

Le ministre de la santé estime que cette mesure concernera 2 millions de personnes sur les 5 millions qui n'ont pas de couverture complémentaire en matière de santé. Mais toutes les personnes exclues de la CMU complémentaire pour des raisons financières n'auront pas la possibilité d'y accéder compte tenu :

- d'un plafond de revenu qui reste bas ; les personnes qui perçoivent l'allocation adulte handicapé ou le minimum vieillesse devraient toutefois en bénéficier,
- et d'une aide annuelle particulièrement faible, très éloignée de la réalité des contrats proposés tant par des mutuelles que par des compagnies d'assurance.

De plus le nouveau dispositif ne permettra pas de réduire les inégalités dans l'accès aux soins. Au contraire, il risque de multiplier les différences et les injustices dans les conditions de prise en charge.

Entre les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% au titre de la CMU et celles qui disposent d'une couverture de base et/ou complémentaire particulièrement avantageuse, une partie importante de la population est traitée différemment pour des raisons économiques. En effet, les couvertures complémentaires – dont l'accès reste facultatif et individuel, - sont loin de proposer des prestations identiques à des coûts identiques, la cotisation peut varier en fonction de l'âge, du risque sanitaire...et du type de contrat «choisi».

D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, « les garanties faibles ou nulles concernent 65% des plus pauvres » et « 59% des ouvriers non qualifiés ».

Il ne faut donc pas compter sur le dispositif prévu par le gouvernement pour réduire ces inégalités et injustices dans l'accès aux soins. Faute de revenus suffisants, des personnes continueront à limiter leurs dépenses de santé ou renonceront à des soins jugés trop coûteux.

Mettre un terme aux inégalités et aux injustices existantes dans l'accès aux soins passe par la mise en place d'un système obligatoire et universel, où chacun, quels que soient ses revenus ou son statut, a vocation à accéder au même système de soins et dans les mêmes conditions. L'assurance maladie universelle doit devenir un droit fondamental financé par la collectivité. La voie choisie par le gouvernement est tout autre.

Le dossier médical personnel

Attentatoire aux libertés individuelles, ou facteur d'amélioration de la qualité des soins ?

La mise en place d'un dossier médical personnel prévu par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a déjà suscité beaucoup de réactions ; pour certains il s'agit d'une arme portant atteinte aux libertés fondamentales, pour d'autres c'est un moyen d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé.

Qu'en est-il exactement ?

Au delà des questions techniques sur sa faisabilité, de son coût, de ses éventuelles retombées économiques que nul n'est en mesure de chiffrer, il est évident que l'existence d'un dossier médical informatisé pose des questions juridiques essentielles en termes de libertés publiques et privées.

Ce que prévoit la loi du 13 août 2004

- Chaque personne bénéficiera d'un dossier médical personnel (hébergé sur internet) au plus tard le 1^{er} juillet 2007.
- Le dossier comportera des éléments diagnostics et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé et les établissements de santé.
- L'accès au dossier par un professionnel de santé sera donné par le patient ; le niveau de remboursement sera subordonné à cette autorisation.
- L'accès au dossier médical est interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de santé ou de tout contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé. Le médecin du travail n'y aura pas accès.

Une mesure qui peut paraître positive si

Les dysfonctionnements du système de soins régulièrement dénoncés portent principalement sur l'absence de coordination et d'échanges entre professionnels de santé et sur l'insuffisance voire la carence de dispositifs de régulation, de maîtrise ou encore de contrôle.

En permettant notamment d'éviter la prescription d'actes inutiles ou redondants ou encore de réduire les risques liés aux interactions médicamenteuses (qui sont à l'origine de 8000 décès par an !) le dossier médical peut être un moyen de favoriser une forme de coordination et de continuité des soins et de diminuer les dépenses de la collectivité. Mais il reste un instrument qui ne sera efficace que s'il accompagne une véritable transformation de l'organisation du système de soins qui passe, entre autre, par la mise en place de réseaux pour coordonner de manière institutionnelle l'activité des différents professionnels : coordination entre la médecine de ville et l'hôpital, entre médecins et autres soignants, entre le sanitaire et le social.....

Par ailleurs, le dossier médical n'aura de sens (au delà d'éviter des examens inutiles...) que si le médecin traitant est chargé d'en faire l'analyse pour le patient (la loi est muette sur cet aspect).

Le dossier aura un caractère obligatoire et l'assuré ne sera remboursé de ses dépenses de santé que s'il donne l'autorisation au professionnel de santé d'accéder à son dossier. Dans le cas contraire, sa participation sera majorée. La CNIL a estimé que le consentement de l'assuré n'était pas totalement libre mais qu'une telle dérogation aux règles communes se justifie par un motif d'intérêt public suffisamment important ; dans son avis rendu le 10 juin elle a par ailleurs demandé que des garanties de confidentialité soient ajoutées à la loi.

... des garanties très fortes sont apportées

La question essentielle est bien le contenu du dossier médical personnel et ses conditions d'accès (voir encadré sur ce point).

Faut-il que tous les professionnels aient accès à toute la vie médicale d'un assuré et plus particulièrement à des données anciennes ? Certainement pas.

Le droit au respect de la vie privée des personnes, à la confidentialité des données, doit être garanti. Aussi faut-il exiger de limiter le contenu du dossier à certaines informations médicales utiles et nécessaires au suivi médical (antécédents médicaux, traitements les plus importants, comptes-rendus d'analyse, allergies...) avec également la possibilité de masquer d'autres données qui ont un caractère privé très marqué comme une dépression ou une interruption volontaire de grossesse.

En effet dans le contexte sécuritaire que nous connaissons aujourd'hui, on est en droit de s'interroger sur les dangers que présente tout système informatisé et sur les possibles utilisations qui pourraient en être faites dans la sphère privée, professionnelle.....

A noter également que le conventionnement des professionnels de santé sera conditionné à la consultation et la mise à jour du dossier médical de leurs patients.

Pour le Snui, le dossier médical personnel reste (et doit rester) un outil d'amélioration du suivi médical, mais avec une forte exigence de sécurisation maximale pour éviter tout dérapage et garantir de façon absolue le secret médical et la confidentialité des informations médicales.

La mise en place du dossier médical ne va pas spontanément réguler le système. La réorganisation du système de santé est plus que jamais à l'ordre du jour : elle passe par la coordination préalable des soignants et des structures, le développement d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte des professions de santé, une répartition équitable de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire...en clair la réforme doit être globale et structurelle.

Le SNUI suivra de très près le démarrage ainsi que l'évolution du contenu du dossier médical.

La nouvelle organisation de l'assurance maladie

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€) ;
- 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 par rapport à 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

Il faut donc s'attendre à voir remis en cause de façon systématique, le contenu des lois de financement de la sécurité sociale votées par le Parlement par des mesures de déremboursement (augmentation de la franchise ou du ticket modérateur dont les montants sont de la responsabilité de l'Uncam) qui seront décidées en cours d'année. 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 d'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

Ces orientations semblent aller dans le sens que l'on réclame, à savoir une plus grande coordination des soins entre les différents acteurs et une rationalisation dans l'organisation et le fonctionnement des multiples institutions et autorités intervenant au plan régional. Mais reste à savoir la forme que prendront ces nouvelles structures ; s'inscriront elles dans une logique de déconcentration ou de décentralisation ? les grandes lignes de la politique de santé doivent rester de la compétence de l'Etat et adaptées aux réalités locales.

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 dépenses 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.

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 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 : compétentes 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 ?

La mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 nécessite la publication de quelques 60 décrets et 9 arrêtés.

Les textes publiés

Arrêté du 3 novembre 2004 portant nomination au conseil de l'Uncam.

Arrêté du 26 octobre 2004 portant nomination à la CNAM.

Décret du 26 octobre 2004 relatif à la Haute autorité de santé.

Décret du 12 octobre 2004 relatif à l'organisation des branches AM et accidents du travail et à la composition des conseils de la CNAM et des caisses primaires ; le conseil de la Cnam devrait être installé le 28 octobre, celui de l'Uncam avant le 30 novembre et celui des Cnam et des Urcam entre le 30 novembre et le 15 janvier.

Décret du 12 octobre 2004 relatif au comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie ;

Décret du 12 octobre 2004 fixant les modalités de fonctionnement du comité de la démographie médicale ;

Arrêté du 8 octobre 2004 relatif aux missions et aux modalités de fonctionnement du conseil d'hospitalisation.