



LA NOUVELLE ORGANISATION

La réforme de l'assurance-maladie, instituée par la loi du 13 août 2004, outre les évolutions qui vont restreindre, à terme, les droits des assurés (par une augmentation des cotisations et une restriction de la protection), comprend aussi des évolutions dans la gouvernance du système.

Afin de saisir les principaux axes de cette nouvelle organisation, nous vous proposons ici un décryptage rapide. Précisons tout d'abord que le but de la manœuvre est en tout premier lieu de mieux faire travailler ensemble les trois grandes caisses nationales que sont :

- la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés),
- la CANAM (caisse d'assurance maladie des travailleurs non salariés - artisans, commerçants, ...),
- la MSA (mutualité sociale agricole).

Trois nouvelles structures

■ L'UNCAM (union nationale des caisses d'assurance maladie)

Elle est constituée d'un Conseil, d'un collège des directeurs et d'un directeur et elle agit au nom des trois caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA).

C'est l'UNCAM désormais, et non plus l'Etat, qui fixe les taux de remboursement des médicaments et des prestations, qui inscrit ou non les actes sur la nomenclature. Il y aura un contrôle de la puissance publique, mais a posteriori.

— Le Conseil est composé de 18 membres (12 membres désignés par le conseil de la CNAM, 3 membres désignés par le conseil de la CANAM et 3 membres de la MSA). Le Conseil délibère sur les orientations concernant le ticket modérateur, les actes remboursables et les négociations des accords, contrats et conventions avec les professions de santé, les projets de décrets et lois relatifs à l'assurance maladie.

— Le collège des directeurs est composé des 3 directeurs des caisses nationales (MSA, CANAM et CNAM), mais le directeur de la CNAM dispose de 2 voix. Ce collège prépare les projets sur le ticket modérateur pour adoption par le Conseil. Le Conseil peut demander un second projet qui ne pourra être refusé qu'à la majorité qualifiée des 2/3. Le collège met enfin en œuvre les orientations du conseil

relatives aux actes et prestations remboursables.

— Le directeur général de l'UNCAM, qui est aussi automatiquement le directeur général de la CNAM, est habilité à négocier et à signer les conventions avec les professionnels de santé.

■ L'UNOAMC (union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire)

Cette union regroupe des représentants des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assureurs commerciaux. Elle émet des avis sur les propositions de l'UNCAM d'admission au remboursement des actes et des prestations ainsi que sur la fixation du ticket modérateur et de la franchise. Avec l'UNCAM, elle participe à la négociation et à la signature des conventions avec les professionnels de santé.

■ L'UNPS (union nationale des professionnels de santé)

Elle regroupe des représentants de l'ensemble des professionnels libéraux de santé. Sa composition n'est pas encore arrêtée, elle sera fixée par décret.

L'UNPS émet des avis sur les propositions de l'UNCAM d'admission au remboursement des actes et des prestations ainsi que sur la fixation du ticket modérateur et de la franchise.

Associer les complémentaires de santé à la gestion du risque et aux prises en charge c'est permettre aux assureurs d'entrer dans la gestion de l'assurance maladie, c'est aussi admettre, plus ou moins implicitement, qu'on va recourir de plus en plus aux couvertures complémentaires.

S'agissant des pouvoirs de l'UNCAM, ils seront concentrés dans les mains du collège des directeurs (et surtout du Directeur général) qui décidera du niveau de prise en charge de la santé. Toutefois, le patronat, au sein du Conseil, disposera d'une majorité de blocage (6 sièges à la CNAM, 3 à la CANAM) pour imposer ses vues libérales de marchandisation de la santé excluant les plus défavorisés parce que pas rentables.

Les instances de la CNAM sont modifiées

La caisse des travailleurs salariés est réorganisée et trois fonctions sont désormais distinguées en son sein : l'orientation stratégique confiée au Conseil, la gestion confiée au directeur général et le contrôle confié au Conseil de surveillance (ce dernier ayant conservé les mêmes prérogatives qu'auparavant).

■ LE CONSEIL

Il est composé de 35 membres (antérieurement 33) soit 13 représentants des employeurs, 13 représentants des salariés (CGT, CFDT, FO, CFTC, CGC), 3 représentants de la FNM (Mutualité), 6 représentants d'institutions intervenant dans le domaine de l'assurance maladie (dont l'UNSA !) et 3 représentants du personnel avec voix consultative. Ce Conseil fixe désormais les orientations de la politique de l'assurance maladie (entre autres : projet de budget, orientations de la politique de gestion du risque, orientations sur l'organisation du système de soins, actions de contrôle et de lutte contre les fraudes).