

# DE L'ASSURANCE MALADIE

## ■ LE DIRECTEUR GENERAL

Nommé par décret pour 5 ans, il dispose de larges pouvoirs sur les affaires de la caisse et sur le réseau des caisses régionales et locales. Entre autres, il a compétence générale sur la gestion, y compris la capacité de recourir à l'emprunt, il peut prendre les décisions nécessaires au respect de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie). Il peut être démis de ses fonctions après un avis rendu par les 2/3 du Conseil.

***Hier, le Conseil négociait les conventions avec les professionnels de santé, ce rôle est désormais confié au directeur général. Le Conseil n'a plus qu'un rôle d'orientation. Il n'a pas de possibilité de décision sur les cotisations qui relèvent toujours du gouvernement et il ne peut influencer sur les prestations relevant maintenant de l'UNCAM.***

## Création d'une Haute Autorité de Santé

Cette nouvelle structure dispose d'un statut «d'autorité publique indépendante», elle n'est donc soumise, en principe, à aucun pouvoir hiérarchique. Elle sera composée d'un collège de 8 membres désignés par les présidents de la République, de l'Assemblée Nationale, du Sénat et du Conseil économique et social (CES). Elle pourra mettre en place des commissions spécialisées. Elle est chargée, entre autres, de l'évaluation périodique du service attendu des produits, des actes ou prestations. Elle donne un avis sur la prise en charge des produits par l'assurance maladie.

***Compte tenu du mode de désignation, cette Autorité ne risque-t-elle pas de centrer son activité sur des recherches d'économies et d'oublier d'avancer des recommandations pour des pratiques de soins, plus cohérentes ?***

## Modernisation du pilotage financier

Chaque caisse nationale (CNAM, CMSA, CANAM) doit désormais transmettre avant le 30 juin de chaque année, au ministre et au parlement, un projet d'orientation budgétaire et les mesures pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier des dépenses d'assurance maladie.

Par ailleurs est créé un Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale. Il est composé du secrétaire général de cette commission, du directeur général de l'Insee et d'une personne qualifiée nommée par le président du Conseil Economique et Social. En cas de risque sérieux d'un dépassement des dépenses d'assurance maladie (fixé à 1% des objectifs de l'ONDAM voté par le Parlement), le Comité doit alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie. Ces dernières doivent proposer des mesures de redressement.

***Le Comité d'alerte, déterminant son action par rapport à l'ONDAM, ne s'intéressera qu'aux éléments comptables et non aux besoins sanitaires. En cours d'année, les lois sur le financement de la sécurité sociale risquent donc d'être remises en cause par des mesures de déremboursement prises par l'UNCAM dans l'urgence.***

## Renforcement de l'échelon régional

Les URCAM (unions régionales des caisses d'assurance maladie) chargées d'élaborer une politique commune de gestion du risque, voient leurs missions élargies à des actions de coordination des soins et à la mise en oeuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé. Elles veillent aussi à la mise en oeuvre des actions de prévention et d'éducation sanitaire définies par les priorités de santé publique arrêtées au plan régional.

Les Missions régionales de santé sont instituées pour améliorer l'articulation entre les secteurs hospitalier et ambulatoire par une meilleure coordination entre les ARH (agences régionales hospitalières) et les URCAM. Elles déterminent, notamment, les orientations de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins.

***En attendant la mise place des Agences régionales de santé qui fusionneront les compétences des URCAM et des agences régionales hospitalières, ces dernières pourront décider seules du maintien ou non des établissements de soins, aggravant les différences déjà existantes sur le territoire. Les dégâts seront encouragés, d'autre part, par le plan hôpital 2007 qui permettra la mutualisation des compétences techniques et humaines entre le secteur public et le secteur libéral ; au profit de ce dernier.***

Le but de cette réforme de la gouvernance n'est pas de mieux gérer l'assurance au bénéfice des assurés, mais de dégager l'Etat des prises de décisions. Le montant des cotisations restera de la compétence du gouvernement, mais celui-ci, enfermé dans sa logique de réduction des prélèvements obligatoires, ne fera qu'encourager des pratiques «économiques» sans se soucier d'améliorer la qualité des soins pour tous les assurés sociaux.