

N° 11

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2005-2006

Annexe au procès-verbal de la séance du 11 octobre 2005

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) : Réforme de l'assurance maladie : Les nouveaux outils de la régulation,

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, président ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Champion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, vice-présidents ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente, Patricia Schillinger, M. Jacques Siffre, Mme Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhel.

Assurance maladie maternité.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. ASSOCIER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA CONSTRUCTION DU PARCOURS DE SOINS	7
A. LA CONVENTION : CLÉ DE VOÛTE DE LA RÉFORME	8
1. <i>La définition des étapes du parcours de soins est confiée aux partenaires conventionnels</i>	8
a) Le médecin traitant	8
b) Le médecin correspondant	10
c) L'option de coordination.....	11
d) L'accès spécifique : traiter les situations particulières	11
2. <i>La mise en œuvre du parcours de soins comporte un ensemble de modifications des tarifs de consultation</i>	12
a) La valorisation financière de chaque étape du parcours de soins.....	12
b) L'autorisation de pratiquer des dépassements d'honoraires	13
3. <i>Le parcours de soins est encadré par de nouvelles règles de prise en charge</i>	14
a) Les mesures de régulation financière prévues la loi du 13 août 2004 en cas de non-respect du parcours de soins	15
b) Les résultats à attendre d'un tel dispositif.....	16
B. DES OBJECTIFS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE EN CONTREPARTIE DE NOUVEAUX TARIFS DE CONSULTATION	17
1. <i>Les objectifs de la maîtrise médicalisée fixés par la convention</i>	17
a) Le principe : la fixation d'objectifs annuels	18
b) Un suivi paritaire et décentralisé	19
2. <i>Le développement du contrôle médicalisé</i>	19
a) Un nouveau plan de contrôle de la CNAMTS	20
b) La liquidation médicalisée des prestations.....	21
c) Le recours à des sanctions financières en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale	21
II. COORDONNER LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ET LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES	24
A. UNE NOUVELLE ARCHITECTURE POUR MIEUX ASSOCIER LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES À LA GESTION DU RISQUE	25
1. <i>La création d'une institution réunissant les acteurs de l'assurance maladie complémentaire : l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)</i>	25
a) Composition et répartition des compétences au sein de l'UNOCAM	25
b) Les compétences de l'UNOCAM.....	26
2. <i>La création de dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide : les contrats responsables</i>	28
a) Un dispositif fiscal incitatif	28
b) Le « cahier des charges » des contrats responsables	29
c) Première contribution de l'UNOCAM à l'organisation du parcours de soins	30

B. L'AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UNE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE : LE CRÉDIT D'IMPÔT	31
1. <i>Le contexte général</i>	31
a) Les dispositifs préexistants	32
b) La mise en œuvre du nouveau dispositif	32
2. <i>Les conditions d'ouverture du droit à crédit d'impôt</i>	33
a) Des critères de résidence identiques à ceux utilisés pour l'accès à la CMUC	33
b) Des conditions de ressources propres	33
3. <i>Montant et mécanismes du crédit d'impôt</i>	34
a) Les bénéficiaires	34
b) Les contrats éligibles	34
III. RATIONALISER LE SYSTÈME SANITAIRE RÉGIONAL AUTOUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ	36
A. FAIRE FONCTIONNER EFFICACEMENT UN SYSTÈME COMPLEXE ET ENCHEVÊTRÉ	36
1. <i>L'échelon régional se compose de structures propres à l'État et à l'assurance maladie</i>	36
a) Un échelon régional constitué d'intervenants multiples	37
b) Des plans d'action qui souffrent d'un manque de coordination et d'évaluation	38
2. <i>L'apparition de nouvelles structures destinées à palier des insuffisances et entamer une première rationalisation</i>	40
a) Les groupements régionaux de santé publique	40
b) Les missions régionales de santé	41
B. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : UNE SOLUTION IDÉALE POUR OPTIMISER L'ACTION DES ACTEURS RÉGIONAUX ?	41
1. <i>Définir le rôle des futures agences régionales de santé</i>	42
a) Regrouper les structures existantes au sein d'une agence unique ?	42
b) Définir le périmètre des compétences de l'agence régionale de santé	43
2. <i>Quelle place pour les partenaires de l'État ?</i>	45
a) L'intégration des conseils régionaux dans les instances sanitaires bouleverse les équilibres existants	45
b) L'assurance maladie doit être associée à la direction des nouvelles agences régionales de santé	46
TRAVAUX DE LA COMMISSION	49
ANNEXE N° 1 - Modes d'organisation de la médecine générale et de l'accès aux spécialistes dans différents pays européens dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire	51
ANNEXE N° 2 - Valorisation financière des consultations décidée par la convention médicale du 12 février 2005	52
ANNEXE N° 3 - Indicateurs mis en place par le Gouvernement pour suivre la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie	53

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

En juillet 2004, à l'occasion des débats parlementaires relatifs à la réforme de l'assurance maladie, les ministres en charge de sa mise en œuvre, Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand, se sont engagés à accompagner son entrée en vigueur d'un service « après-vote ».

Ce suivi comporte au moins deux aspects : la publication des textes réglementaires nécessaires à l'application de la loi, d'une part, une communication pédagogique destinée à expliquer la réforme aux acteurs du système de santé, et notamment aux professionnels de santé et aux usagers, d'autre part.

Cette préoccupation reflète l'esprit de la réforme qui vise à responsabiliser les acteurs et qui fait le pari de changer les comportements. En effet, comme le soulignait Jean-Pierre Raffarin¹, alors Premier ministre : si « *la réforme des retraites était toute entière dans la loi, (...) il en est tout autre pour la réforme de l'assurance maladie. Son vote n'est qu'un commencement. C'est une réforme d'exécution, de mise en œuvre* ».

Un an après l'adoption de la loi du 13 août 2004, il est incontestable que le service « après-vote » a été entrepris rapidement, et de « *façon exemplaire* » ainsi que l'a souligné le président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale².

Dès le mois de décembre 2004, les instances en charge de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ont été installées, qu'il s'agisse du nouveau conseil de la caisse d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), de la Haute autorité de santé, ou encore du comité économique des produits de santé.

A côté de ce service « après-vote » institutionnel, les ministres ont développé une pédagogie de la réforme en direction des professionnels de santé et des assurés. Ils se sont rendus devant les principaux syndicats de

¹ Discours prononcé le 21 septembre 2004 à l'occasion de l'inauguration des nouveaux locaux de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

² Application de la loi relative à l'assurance maladie, Assemblée nationale, XII^e législature, n° 2208, mars 2005.

médecins pour inciter ces derniers à s'approprier la réforme. Ministère et caisses ont également diffusé des informations relatives à la réforme de l'assurance maladie sur des supports variés : brochures, sites Internet, plates-formes de renseignements téléphoniques.

La publication rapide des textes réglementaires, couplée à la présentation pédagogique de la réforme, a donné des résultats très positifs.

Conclue dès le 12 janvier 2005, la convention régissant les relations entre les médecins et l'assurance maladie a défini les principales étapes du parcours de soins dont l'entrée en vigueur a été fixée au 1^{er} juillet dernier.

Le présent rapport a pour ambition de mettre en exergue les éléments de la réforme qui, sans appartenir au domaine de loi, constituent des éléments déterminants de la configuration du système d'assurance maladie. Ce choix conduit à passer sous silence plusieurs aspects de la réforme, comme par exemple la partie recettes ou le rôle du comité d'alerte.

Il a pour objectif de donner un éclairage sur **trois pans de la réforme** qui distinguent la loi du 13 août 2004 des multiples plans de sauvetage de la sécurité sociale adoptés au cours des vingt dernières années : le parcours de soins et les modalités d'association des professionnels de santé à la réforme, la coordination entre les interventions du régime obligatoire et celles des régimes complémentaires, la régionalisation du système de santé.

Il s'attachera à l'analyse des dispositifs mis en œuvre dans ces domaines et examinera les conditions nécessaires au bon fonctionnement de ces nouveaux outils de régulation.

Ainsi, il espère pouvoir faire, à sa manière, œuvre de pédagogie dans la mise en œuvre de la réforme.

I. ASSOCIER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ À LA CONSTRUCTION DU PARCOURS DE SOINS

Développer un climat propice à la confiance et au dialogue avec l'ensemble des acteurs du système de santé, et plus particulièrement avec les professionnels de santé, est une condition jugée indispensable à la réussite de la réforme de l'assurance maladie.

Les pouvoirs publics se sont donc attachés à favoriser le renouveau du dialogue conventionnel entre les médecins et l'assurance maladie car la situation s'était dégradée depuis le début de l'année 2003, après l'échec des précédentes négociations et la publication d'un règlement conventionnel minimal régissant les relations entre les médecins spécialistes et l'assurance maladie.

Pour mener à bien la restauration du dialogue, les pouvoirs publics ont modifié les règles qui encadrent le dispositif conventionnel en instaurant un droit d'opposition majoritaire, sur le modèle 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.

La nouvelle rédaction de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale dispose dorénavant que l'opposition formée à l'encontre d'un accord conventionnel par au moins deux organisations syndicales, représentant les médecins exerçant à titre libéral et ayant recueilli la majorité des suffrages exprimés d'après les résultats des élections aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML), fait obstacle à sa mise en œuvre.

Cette disposition a pour but d'éviter la conclusion d'accords conventionnels entre l'assurance maladie et un syndicat minoritaire, et donc que ledit accord puisse ensuite s'appliquer à l'ensemble de la profession.

La rénovation des outils conventionnels consistait une première étape pour associer les professionnels de santé à la réforme de l'assurance maladie. La seconde s'est attachée à développer une politique de maîtrise médicalisée des dépenses après les conflits ayant opposé médecins et pouvoirs publics sur la mise en œuvre d'une maîtrise comptable des dépenses de santé.

Cette politique de maîtrise médicalisée des dépenses a pour ambition l'optimisation du système de soins, à travers la recherche de la qualité. Les gains escomptés découleront du changement de comportement des professionnels de santé et des patients.

La loi du 13 août 2004 fait le choix de cette méthode et propose les dispositifs indispensables à sa mise en œuvre : un **parcours de soins** (médecin traitant et dossier médical personnel), le développement des **référentiels médicaux** (Haute autorité de santé), la définition de **thèmes et d'objectifs chiffrés** pour la maîtrise médicalisée conventionnelle et de **sanctions** en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

A. LA CONVENTION : CLÉ DE VOÛTE DE LA RÉFORME

Dans ce contexte, les pouvoirs publics ont exprimé clairement leur volonté d'associer les professionnels de santé libéraux à la réforme de l'assurance maladie à travers la négociation conventionnelle.

Pour aboutir à ce résultat, ils ont aménagé le cadre juridique des relations conventionnelles (droit d'opposition) et, surtout, étendu la liste des sujets devant être réglés dans ce cadre conventionnel.

L'extension concerne en priorité la définition des différentes étapes du parcours de soins. La conclusion d'un accord conventionnel entre les médecins et l'assurance maladie devient alors un moment déterminant de la mise en œuvre de la réforme et de son appropriation par les professionnels de santé.

Conclue le 12 janvier 2005 pour une durée de cinq ans, signée par trois des cinq syndicats représentatifs de la profession (confédération des syndicats médicaux français, syndicat des médecins libéraux, Alliance), cette convention aborde tous les aspects du parcours de soins : rôle du médecin traitant, accès au spécialiste, coordination de l'intervention des médecins au sein du parcours de soins, accès spécifiques, ajustement de la tarification des consultations au rôle des intervenants.

1. La définition des étapes du parcours de soins est confiée aux partenaires conventionnels

La loi du 13 août 2004 fixe le cahier des charges du parcours de soins. Elle définit les obligations pesant sur les assurés (choix du médecin traitant, respect du parcours de soins), autorise les médecins à pratiquer des dépassements d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins et organise un accès spécifique pour les cas d'urgence et certaines spécialités.

L'intervention des partenaires conventionnels est donc enserrée dans les limites fixées par les pouvoirs publics. Toutefois, une marge d'autonomie leur est accordée puisque la loi précise que les modalités de coordination des soins, les missions particulières des médecins traitants et les conditions selon lesquelles les spécialistes sont autorisés à pratiquer ces dépassements sont déterminées par la convention.

a) Le médecin traitant

Le médecin traitant est une création de la loi du 13 août 2004 : désormais, chaque assuré social ou ayant droit âgé de plus de seize ans doit désigner un médecin traitant de son choix. L'intention du législateur est de développer la qualité et la coordination des soins dispensés aux assurés sociaux. Le médecin traitant a vocation à jouer un rôle pivot dans le nouveau parcours de soins et la convention lui confie le soin d'assurer la coordination des informations concernant le patient.

La convention lui reconnaît les missions suivantes :

- assurer le premier niveau de recours aux soins ;
- orienter le patient dans le parcours de soins et informer tout médecin correspondant des délais de prise en charge compatibles avec l'état du patient ;
- assurer les soins de prévention (dépistage, éducation sanitaire, etc.) et contribuer à la promotion de la santé ;
- contribuer à la « protocolisation » des soins de longue durée, en concertation avec les autres intervenants ; la rédaction du protocole est faite par le médecin traitant (généraliste ou spécialiste) en liaison ou selon la proposition du ou des médecins correspondants participant à la prise en charge du malade ;
- favoriser la coordination par la synthèse des informations transmises par les différents intervenants et l'intégration de cette synthèse dans le dossier médical personnel ;
- apporter au malade toutes informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux heures de fermeture du cabinet.

Cette définition conventionnelle des tâches confiées au médecin traitant permet de mesurer son rôle dans le bon fonctionnement du parcours de soins, notamment au travers de deux des missions qui lui sont confiées : la gestion des informations qui seront ensuite reprises dans le dossier médical partagé et son association aux interventions des médecins spécialistes lorsque ces dernières concernent des soins itératifs.

Les partenaires conventionnels ont indiqué leur souhait de reconnaître, notamment par des compensations financières, le rôle du médecin traitant : ils se sont engagés à « *reconnaître pleinement et [à] valoriser comme telles les fonctions du médecin traitant* ».

De son côté, dans son rapport 2005, le Haut comité pour l'avenir de l'assurance maladie plaide pour un approfondissement de la définition des tâches du médecin traitant et estime que : « *le contenu professionnel de la fonction de médecin traitant gagnerait à faire l'objet d'une réflexion plus approfondie (objectifs en matière de prévention, de qualité de suivi des pathologies chroniques..)* ».

Une fois la convention conclue, les caisses d'assurance maladie ont procédé, dès le début de l'année 2005, à l'envoi des formulaires de déclaration afin de rendre le dispositif opérationnel. Ce sont quarante-huit millions de formulaires qui ont été ainsi envoyés aux assurés sociaux entre janvier et avril.

Les 31 287 356 formulaires reçus, au 30 septembre 2005, par les caisses d'assurance maladie (sur les quarante-huit millions envoyés), sont un indicateur pertinent pour mesurer l'adhésion des médecins et des assurés à ce dispositif.

D'ores et déjà, 99 % des médecins généralistes et 83 % des médecins à exercice particulier (MEP, ex- acupuncteur, médecin homéopathe, etc.) sont entrés, au moins une fois, dans le dispositif, soit 97 % des omnipraticiens ; il en est de même pour 48 % des médecins spécialistes et 94 % des médecins référents.

	Médecin Traitant	Total	Taux d'adhésion	Non-adhérents
Généralistes	58.896	59.491	99 %	1 %
MEP	5.488	6.627	83 %	17 %
Spécialistes	25.916	53.950	48 %	52 %
Total	90.300	120.068	75 %	25 %
<i>dont Libéraux</i>	<i>80.914</i>	<i>116.032</i>	<i>70 %</i>	<i>30 %</i>
<i>dont Médecins référents</i>	<i>8.406</i>	<i>8.935</i>	<i>94 %</i>	<i>6 %</i>

Source : CNAMTS, septembre 2005

Comme on le prévoyait, dans la très grande majorité des cas (71 %), les médecins traitant choisis sont des omnipraticiens. On remarquera également que 70 % d'entre eux sont des médecins à exercice libéral, les 30 % restant se partageant entre les médecins hospitaliers, les médecins de centres de santé, les médecins militaires et les médecins non conventionnés.

Cette forte prédominance des médecins libéraux justifie le fait que la définition des missions du médecin traitant soit confiée aux partenaires conventionnels.

b) Le médecin correspondant

La notion de médecin correspondant est une création conventionnelle qui répond à la nécessité de définir les missions du médecin, souvent un spécialiste, intervenant à la demande du médecin traitant.

Le texte de la convention précise qu'« *intervenant en coordination avec le médecin traitant, le médecin correspondant garantit le second recours au système de soins, notamment l'accès aux soins les plus spécialisés* ».

Ce médecin correspondant peut être sollicité pour un avis ponctuel de consultant ou pour des soins itératifs.

La convention lui attribue les missions suivantes :

- répondre aux sollicitations du médecin traitant et recevoir les patients adressés dans des délais compatibles avec leur état de santé, sans discrimination dans la prise de rendez-vous ; s'engager à tenir compte des informations médicales relatives aux délais transmises par le médecin traitant ;

- contribuer, dans son champ de compétence, à la protocolisation des soins pour les malades en affection de longue durée ;

- tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de ses constatations et lui transmettre tous éléments objectifs se rapportant aux séquences de soins sur lesquelles il intervient : résultats d'examens complémentaires, comptes rendus opératoires, compte rendu d'hospitalisation, constatations, conclusions et éventuelles prescriptions.

Lorsque les soins du patient nécessitent des interventions régulières du médecin correspondant, un plan de soins est défini entre le médecin traitant et le médecin correspondant. Cette collaboration est l'illustration du nouveau parcours de soins.

c) L'option de coordination

L'option de coordination, est proposée aux médecins installés en secteur 2 (secteur à honoraires libres) afin de favoriser l'accès aux soins, d'une part, et de permettre à ces praticiens de s'intégrer dans le parcours de soins, d'autre part. Cette option leur offre la possibilité d'exercer une partie de leur activité sur la base des tarifs opposables¹.

Lorsqu'ils pratiquent des actes cliniques² pour le compte d'un patient qui entre dans le parcours de soins coordonné, les médecins qui souhaitent adhérer à cette option de coordination s'engagent à appliquer les tarifs opposables fixés par la convention.

Pour les actes techniques³, le médecin adhèrent « *s'engage à pratiquer avec tact et mesure des dépassements maîtrisés, pour le patient qui entre dans le parcours de soins coordonnés, applicable par acte facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables* ».

Ces actes techniques effectués dans le cadre de l'option de coordination ne pourront pas représenter plus de 30 % de l'activité du praticien concerné.

En contrepartie de cet engagement, l'assurance maladie prend en charge une partie des cotisations sociales du médecin, calculée sur la part de l'activité facturée en tarif opposable.

d) L'accès spécifique : traiter les situations particulières

Pour être admis par les assurés, le parcours de soins devait demeurer pragmatique. C'est pour cette raison qu'il est apparu nécessaire aux pouvoirs publics de prévoir une procédure d'accès spécifique valable dans certains cas : urgence, congés et accès à certaines spécialités.

Dans les deux premiers cas, la loi a prévu que les consultations effectuées en dehors du médecin traitant, en urgence ou loin du domicile,

¹ Tarif officiel de l'acte de soin.

² Un acte clinique correspond à l'examen d'un patient avec un interrogatoire et un examen physique (consultations, visites).

³ Un acte technique nécessite un geste technique réalisé ou non à l'aide d'un appareillage (actes de radiologie, interventions chirurgicales, etc..).

pendant les vacances, par exemple, ne feront pas l'objet de majoration du tarif ou de moindre remboursement.

Dans le troisième cas elle dispose que certains spécialistes pourront être consultés directement sans pénalité et elle a confié aux partenaires conventionnels le soin d'en dresser la liste. Ces derniers ont retenu les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres, les neurologues et les neuropsychiatres.

L'accès direct est limité, pour la gynécologie, aux examens cliniques périodiques, comprenant des actes de dépistage, conformément aux référentiels scientifiques élaborés par la Haute autorité de santé, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses, l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse et, pour l'ophtalmologie, aux consultations pour troubles de la réfraction oculaire, aux actes de dépistage et au suivi du glaucome.

Hors de cette liste exhaustive, toute consultation sans prescription du médecin traitant pourra faire l'objet d'une tarification pénalisante pour l'assuré.

La psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie ont également fait l'objet d'un traitement spécifique. La convention a renvoyé à un avenant les conditions dans lesquelles certains soins pourront donner lieu à un accès spécifique. Dans l'attente, l'accès à ces spécialités est considéré comme spécifique pour l'ensemble des soins effectués.

2. La mise en œuvre du parcours de soins comporte un ensemble de modifications des tarifs de consultation

Outre la définition des différentes étapes du parcours de soins, la convention a également déterminé les **tarifs de consultation** applicables à chacune d'entre elles.

Cette échelle tarifaire a été critiquée par de nombreux observateurs de la réforme et par les syndicats non signataires de la convention¹. Le conseil de l'ordre des médecins qualifie de « *proche du labyrinthe* » l'échelle de tarification qui accompagne les différentes étapes du parcours de soins.

a) La valorisation financière de chaque étape du parcours de soins

Outre les étapes du parcours de soins, la convention s'est attachée à définir les moyens de valoriser la participation des professionnels de santé au parcours de soins coordonné.

Cette valorisation financière prend la forme d'une majoration du tarif de consultation. Ce tarif étant opposable, cette majoration ne reste pas à la

¹ MG-France, Fédération nationale de la mutualité française.

charge des assurés mais est prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire et complémentaires.

Sans entrer dans le détail des multiples combinaisons possibles dans le parcours de soins, on retiendra :

- la rémunération spécifique du médecin traitant pour la prise en charge des patients en affection longue durée (ALD), soit un forfait annuel de 40 euros par patient. Cette rémunération intègre, au titre de la coordination et du suivi, la rédaction du protocole de soins en liaison avec le médecin correspondant. Avec cette mesure, la convention introduit des éléments partiels de forfaitisation qui complètent la rémunération à l'acte. ;

- une majoration de consultation spécifique pour les ALD (une consultation annuelle), 6 euros ;

- une majoration de consultation spécifique pour les nourrissons de 0 à 24 mois, 5 euros ;

- une majoration de coordination de 2 euros par acte, soit un tarif de consultation à 27 euros pour les médecins correspondants (généralistes et spécialistes) ;

- un tarif de consultation spécifique pour un avis ponctuel de consultant (intervention d'un spécialiste à la demande d'un médecin traitant), 40 euros.

Ces majorations de consultation sont entrées en vigueur entre le 1^{er} mars et le 11 juillet 2005.

Pour les médecins de secteur 2 qui entreraient dans l'option conventionnelle de coordination, la valorisation de leur participation au parcours de soins passe par la prise en charge d'une partie des cotisations sociales en contrepartie de l'application des tarifs conventionnels ou plafonnés à une partie de leur activité.

Cette fixation des tarifs de consultation est de la compétence des acteurs conventionnels. Il convient néanmoins de souligner une nouveauté, par rapport aux textes précédents : la présente convention régissant les relations entre les médecins et l'assurance maladie instaure le principe d'une **renégociation annuelle des tarifs**, qui doit être conclue au plus tard le 15 décembre de l'année en cours. Par ailleurs, les revalorisations de tarifs sont d'ores et déjà acquises pour le 1^{er} janvier 2006 sous réserve que les 998 millions d'euros d'économies attendues de la maîtrise médicalisée soient réalisés.

b) L'autorisation de pratiquer des dépassements d'honoraires

Le législateur a estimé que, pour être accepté, le nouveau parcours de soins ne devait pas être trop contraignant, et c'est pourquoi rien ne doit empêcher l'assuré d'accéder au praticien de son choix, indépendamment de son médecin traitant. Toutefois, user de cette liberté, qu'aucune justification

médicale ne légitime, autorisera les professionnels de santé à pratiquer des **dépassements d'honoraires**.

La loi confie aux partenaires conventionnels la détermination des modalités selon lesquelles les médecins sont autorisés à pratiquer ces dépassements.

L'accès direct, ou accès non coordonné, se définit par défaut : il s'agit des consultations effectuées en dehors du parcours de soins coordonnés, et en dehors des cas d'urgence et/ou d'éloignement occasionnel du patient. Dans ces cas de figure, les praticiens spécialistes conventionnés à tarifs opposables sont autorisés à pratiquer des dépassements.

Ces dépassements font l'objet d'un double plafonnement : sur le tarif applicable et sur la part que les dépassements occupent en pourcentage du chiffre d'affaires des professionnels.

Pour chaque consultation hors parcours, le médecin peut procéder à une **majoration de 17,5 % du tarif de la consultation** applicable dans le parcours de soins coordonné (soit pour un spécialiste : 27 euros + 17,5 % = 32 euros).

La convention précise également que le médecin devra respecter « *un ratio des honoraires sans dépassement sur les honoraires totaux égal ou supérieur à 70 %* ».

3. Le parcours de soins est encadré par de nouvelles règles de prise en charge

La réforme de l'assurance maladie a défini de nouvelles règles de prise en charge des dépenses afin d'inciter les assurés à respecter un parcours de soins vertueux.

Ainsi que le souligne le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, « *le dispositif repose donc sur le choix du consommateur plutôt que la contrainte : on peut choisir de garder une liberté totale de circulation dans le système de soins, mais on paye pour cette absence de contrainte. C'est sans doute compte tenu des habitudes, de la valeur attachée à la liberté de choix, la seule voie possible dans le contexte français* ».

Outre la participation forfaitaire de un euro qui n'est pas une pénalité, ces règles s'organisent autour de deux dispositifs principaux :

- la majoration de la participation de l'assuré ;
- une modification des règles d'intervention des organismes complémentaires pour la prise en charge des dépenses d'assurance maladie.

a) *Les mesures de régulation financière prévues la loi du 13 août 2004 en cas de non-respect du parcours de soins*

Les mesures de régulation financières ont pour objet de lutter contre le nomadisme médical, ou à tout le moins de sanctionner les assurés ayant recours à des consultations hors parcours de soins.

Le législateur a prévu deux dispositifs.

• **Le premier concerne les dépenses prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.** La loi dispose que la participation des assurés peut-être majorée pour les assurés n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.

Cette disposition a fait l'objet d'une réserve d'interprétation du Conseil constitutionnel qui, dans sa décision n° 2004-504 du 12 août 2004, a considéré que « *le montant de la majoration de la participation de l'assuré devra être fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946* » qui garantit le droit à la santé pour tous.

A fin septembre 2005, le décret fixant les cas dans lesquels cette majoration peut être appliquée n'est toujours pas paru, mais la mise en œuvre du dispositif est toujours prévue pour le 1^{er} janvier 2006.

Selon les informations publiées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette majoration visera les « *actes et consultations réalisés par des médecins [et] pourra se situer entre 7,5 % et 12,5 % du tarif servant de base au remboursement d'une consultation de spécialiste dans le parcours de soins* », soit une pénalité comprise entre 2 et 3,4 euros.

• **Le second dispositif porte sur la partie de la prise en charge versée par les organismes complémentaires.** Afin de coordonner l'intervention du régime obligatoire et des régimes complémentaires, les pouvoirs publics ont souhaité instaurer un nouveau contrat d'assurance santé complémentaire, le « *contrat responsable* ».

Ce contrat dont la mise en œuvre est prévue le 1^{er} janvier 2006, mais dont le contenu détaillé doit être précisé dans un décret à paraître, exclut de façon totale ou partielle la prise en charge des dépassements d'honoraires perçus lorsque l'assuré a consulté un médecin en dehors du parcours de soins.

Une telle mesure pourrait se traduire par une franchise de 7 euros non prise en charge par les complémentaires dans le cadre de leurs contrats. Il est fort à craindre que le retard pris dans la publication de ce deuxième décret contrarie sa mise en œuvre prévue pour le 1^{er} janvier 2006.

Au total, pour la consultation d'un spécialiste hors parcours de soins, la majoration de la participation de l'utilisateur pourra atteindre la somme de 10,5 euros par consultation : en sus de l'euro de participation forfaitaire, viendront s'ajouter 2,5 euros de pénalité appliquée par le régime obligatoire et

une franchise de 7 euros non prise en charge par les organismes complémentaires.

Au vu de ces projets, la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) a demandé au Gouvernement d'alléger les pénalités hors parcours de soins et d'accepter le principe d'un moratoire réservé aux jeunes médecins (leurs patients ne seraient pas pénalisés) afin de leur permettre de se constituer une patientèle. Cette proposition sera examinée dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

b) Les résultats à attendre d'un tel dispositif

Dans son rapport de septembre 2005¹, la Cour des comptes souligne que « *les études menées pour déterminer dans quelle mesure la hausse du coût des soins à la charge des assurés modifie leurs comportements sont rares* ».

Elle rappelle que chercher à modifier les comportements en augmentant la contribution financière des assurés se heurte à plusieurs limites. Ainsi :

« - une mesure de responsabilisation financière des assurés ne peut influencer sur les comportements que si elle est lisible pour l'assuré ;

« - l'action par les coûts peut comporter des effets pervers. Elle peut être, dans certains cas, socialement inéquitable, lorsque le reste à charge touche les ménages modestes qui ne sont pas protégés par la CMUC ;

« - enfin, l'importante concentration de la consommation de soins sur un petit nombre d'assurés réduit l'impact potentiel des actions sur les coûts. Les 5 % plus gros consommateurs concentrent en effet 51 % des dépenses de santé et 60 % des montants remboursés par la sécurité sociale. »

L'efficacité des mesures prises ne pourra donc être mesurée que plusieurs mois après leur entrée en vigueur.

Un tel dispositif souligne que le principal défi à relever pour améliorer la coordination des soins et optimiser les dépenses de santé consiste à obtenir que chaque acteur prenne sa part de responsabilité et change ses comportements.

¹ Cour des comptes – La sécurité sociale – septembre 2005.

B. DES OBJECTIFS DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE EN CONTREPARTIE DE NOUVEAUX TARIFS DE CONSULTATION

La réforme de 2004 confirme le choix déjà énoncé par le Gouvernement de développer des outils de maîtrise médicalisée en lieu et place de la maîtrise comptable dont le système des lettres clés flottantes était le symbole.

Pour ce faire, on l'a vu, la loi organise un parcours de soins, met en place des outils de liquidation médicalisée et prévoit des sanctions en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

C'est toutefois au travers des conventions régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, et plus particulièrement celle, disposant de la charge symbolique la plus forte, négociée avec les médecins, que les principes de la maîtrise médicalisée prennent toute leur signification.

Une déclaration de principe est incluse dans la convention pour rappeler que : *« le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie ne pourra perdurer qu'au prix d'une action volontariste et résolue impliquant l'ensemble du corps médical dans un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et le respect des règles de la prise en charge collective. »*

Ces principes sont ensuite déclinés sous une forme opérationnelle autour d'objectifs chiffrés d'économies et de contreparties financières dont le versement est lié à l'obtention des résultats.

1. Les objectifs de la maîtrise médicalisée fixés par la convention

La maîtrise médicalisée étant fondée sur le développement de la qualité, sur le principe d'une optimisation de la dépense obtenue à la fois par le développement de la qualité des soins et par le respect des règles de prise en charge, la convention organise des objectifs autour de trois axes principaux :

« - étendre le champ des recommandations de bonne pratique à l'ensemble des soins faisant l'objet d'une prise en charge collective ;

« - développer l'information des médecins et des patients sur les règles de prise en charge collective dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement de certaines prestations ;

« - parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé dès lors que, en comparaison avec des pays comparables sur le plan sanitaire, les évolutions constatées apparaissent manifestement sans rapport avec les besoins de santé. Cette optimisation des pratiques peut alors prendre la forme d'accords de bon usage de soins au sens de l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale. »

a) Le principe : la fixation d'objectifs annuels

Une fois déterminés les moyens nécessaires au déploiement de la maîtrise médicalisée, ces derniers sont énumérés sous la forme d'une liste annuelle d'objectifs quantifiés et régionalisés et font l'objet d'un engagement de la part des partenaires conventionnels.

La convention prévoit que chaque année, avant le 15 décembre, les syndicats signataires de la convention et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) définissent les nouveaux objectifs en matière de maîtrise médicalisée. Ces dispositions font l'objet d'un avenant qui « *pourra également prévoir les modalités selon lesquelles une partie des dépenses effectivement évitées pourra être utilisée pour valoriser la rémunération des actes médicaux.* »

Pour l'année 2005, la convention retient un objectif de 998 millions d'euros d'économies qui se décompose ainsi :

- un infléchissement de 10 % de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros) ;

- un infléchissement de 10 % de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques (33 millions d'euros) ;

- une baisse de 1,6 % de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros) ;

- un infléchissement de 12,5 % du montant des remboursements de statines (161 millions d'euros) ;

- un meilleur respect de la réglementation relative à l'ordonnancier bizonne et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affection de longue durée (455 millions d'euros).

Les premiers bilans de la maîtrise conventionnelle ont été tirés à l'occasion de la préparation du PLFSS pour 2006.

Ainsi, le directeur général de l'UNCAM a appelé les médecins à redoubler d'efforts pour atteindre les objectifs d'économies fixés pour 2005. Parmi les thèmes retenus, seul le poste « arrêts de travail » semble être en mesure d'atteindre, voire de dépasser, l'objectif assigné pour 2005. Les autres objectifs, malgré une bonne acceptation des priorités retenues, présentent pour l'instant des résultats plutôt décevants. Toutefois, l'objectif fixé en matière de réduction des prescriptions de statines a provoqué des incompréhensions entre les médecins et la CNAMTS, ceux-là s'interrogeant sur la pertinence scientifique de cette réduction. Il convient donc de souligner que l'intention des partenaires conventionnels n'est pas de restreindre la liberté de prescription des médecins mais bien de leur demander de s'assurer que les posologies utilisées soient conformes aux recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé (AFSSAPS).

L'issue de ce débat est déterminante pour le développement de la liquidation médicalisée des dépenses prévue par la loi du 13 août 2004.

b) Un suivi paritaire et décentralisé

Les engagements conclus à l'occasion de la convention font l'objet d'un suivi paritaire. Ces organismes paritaires ont un mode de fonctionnement défini en commun et sont installés au niveau national, régional et départemental.

- La **commission paritaire nationale** (CPN) décide des actions à mener afin d'assurer la réussite de la politique conventionnelle. Ses travaux portent sur l'ensemble des domaines régis par le champ de la négociation conventionnelle (la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, les référentiels médicaux, - le suivi et l'évaluation annuelle du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution, la formation professionnelle conventionnelle, la permanence des soins, l'installation des médecins libéraux dans les zones démographiquement défavorisées).

Le rôle principal de la CPN est de préparer les avenants et annexes à la convention. Elle constitue par ailleurs la commission d'appel pour les mesures de mise hors convention d'une durée supérieure à un mois ou pour une décision de suspension et de prise en charge de cotisations sociales d'une durée supérieure à six mois.

- **Les commissions paritaires régionales et locales** sont chargées de la mise en œuvre déconcentrée de la politique conventionnelle.

Ces commissions jouent un rôle non négligeable en cas de non-respect des dispositions conventionnelles. La commission paritaire locale sanctionne en première instance les manquements aux règles du code de la sécurité sociale, les commissions régionales et nationale étant des instances d'appel dont la compétence est activée en fonction de la gravité des sanctions prononcées.

Le développement de ces commissions et les compétences qui leur sont attribuées sont bien le gage d'une meilleure association des médecins à l'organisation du système de santé au travers de la négociation conventionnelle.

2. Le développement du contrôle médicalisé

La promotion de la maîtrise médicalisée est fondée sur l'évolution des comportements et la coopération entre les différents acteurs du système de soins. Toutefois, la réforme ne néglige pas le développement de contrôles destinés à prévenir les gaspillages, les abus et les fraudes. Ce contrôle vient compléter l'ensemble du dispositif mis en œuvre pour faire évoluer les comportements.

Cette mission de contrôle confiée à l'assurance maladie sera développée en collaboration avec les professions de santé, dans le cadre des

négociations conventionnelles, elle fera également l'objet de priorités définies par l'assurance maladie.

En cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale des sanctions seront appliquées.

a) Un nouveau plan de contrôle de la CNAMTS

Le programme de contrôle et de lutte contre les fraudes annoncé par l'assurance maladie respecte l'esprit de la réforme et tient compte des priorités établies par les partenaires conventionnels.

Dans le cadre de la lutte contre les abus, quatre thèmes prioritaires ont été retenus en raison de leur poids financier dans les dépenses de santé.

• Les dépenses de soins prises en charge indûment à 100 % au titre des affections de longue durée

Les études menées par la CNAMTS montrent qu'une partie des dépenses de soins sans lien avec l'affection de longue durée sont facturées à l'assurance maladie pour un remboursement à 100 % alors qu'elles devraient l'être au taux normal de 35 % ou 70 % selon les cas. Pour le seul poste médicament, ce non respect de l'ordonnancier représente une dépense supplémentaire de 500 millions d'euros par an. L'assurance maladie sera donc amenée à contrôler les prescripteurs ou les assurés dont la prise en charge induite à 100 % est avérée.

• Les arrêts de travail

Les contrôles menés jusqu'à présent par l'assurance maladie permettent d'évaluer à 6 % les arrêts de travail non justifiés médicalement. A partir de 2005, les indemnités journalières maladie de moyenne durée seront systématiquement contrôlées et le nombre de contrôle des arrêts de courte durée sera porté à 120.000 contre 100.000 en 2004.

• Les conditions de prise en charge

Les études réalisées par la CNAMTS font apparaître que la prescription de ces médicaments, utilisés dans la lutte contre le cholestérol, va au-delà des recommandations médicales émises par les autorités sanitaires puisque près de deux tiers des patients ne répondent pas à ces critères. La justification médicale de ces prescriptions sera donc contrôlée par les médecins conseil.

• Les transports en ambulance

L'objectif est de contrôler la justification médicale des prescriptions de transports en ambulance.

Pour atteindre ces objectifs, l'assurance maladie mène à bien une réorganisation de ses moyens d'intervention et prévoit la création d'une cellule nationale de lutte contre les fraudes. Elle dispose par ailleurs de nouveaux outils de sanction prévus par la loi du 13 août 2004.

b) La liquidation médicalisée des prestations

La réforme de l'assurance maladie a ouvert aux caisses la possibilité « de vérifier le respect des règles médicales et administratives avant le remboursement d'une prestation » et de s'assurer du respect des recommandations de bonne pratique cliniques et des référentiels médicaux.

Cette liquidation médicalisée vise :

- les indemnités journalières ;
- les conditions dans lesquelles les personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) peuvent continuer à bénéficier de ce statut ;
- les actes et prestations réalisés par un professionnel de santé et pris en charge par l'assurance maladie (nomenclature générale des actes professionnels et classification commune des actes médicaux) ;
- les médicaments ;
- les dispositifs médicaux.

L'inscription sur ces listes peut être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient, ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

Les actes et prestations doivent également respecter le contenu des recommandations de bonne pratique cliniques et de références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale.

Enfin, les caisses et le service médical peuvent vérifier le respect des contrats de bonnes pratiques, des contrats de santé publique, des contrats conclus entre les URCAM et les groupements de professionnels de santé exerçant à titre libéral et des accords de bon usage des soins.

Ces dispositions s'inscrivent dans le prolongement des travaux menés en 2004 par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dont le rapport indiquait que : « l'admission au remboursement peut être médicalisée, c'est-à-dire dépendante d'un certain contexte de soins. Ce principe de médicalisation du périmètre des biens et services remboursables signifie que les priorités collectives ne doivent pas seulement s'exprimer au moment de l'inscription de l'acte ou du produit mais aussi sur la manière dont le soin sera exécuté, la notion même de médicalisation impliquant une participation active des professionnels de santé. »

c) Le recours à des sanctions financières en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale

L'application de sanctions en cas d'inobservation des règles du code de la sécurité sociale répond à une double nécessité : tout d'abord compléter les moyens mis en œuvre pour modifier les comportements des assurés et des

professionnels de santé, ensuite répondre à une demande de la CNAMTS qui souhaitait depuis plusieurs années un aménagement de l'arsenal de sanctions à sa disposition.

La loi du 13 août 2004 a répondu à cette demande. Elle a accordé au directeur d'un organisme local le **pouvoir de prononcer une sanction financière à l'encontre des professionnels de santé, des assurés et des établissements de santé.**

Cette sanction est applicable lorsque la violation des dispositions du code de la sécurité sociale conduit à un remboursement ou à une prise en charge indus, même lorsqu'ils ne sont pas effectifs mais simplement transmis pour liquidation à l'assurance maladie.

Le directeur prononce la sanction après avis d'une commission spécialisée, constituée au sein de chaque caisse primaire. Lorsqu'une pénalité est envisagée à l'encontre d'un des leurs, les professionnels de santé participent aux travaux de la commission.

Le montant de la sanction est proportionnel à la gravité des faits. Il ne peut excéder deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, soit 5.032 euros en 2005. Ce montant est doublé en cas de récidive.

Afin de respecter les droits de la défense, le montant de la pénalité et les faits reprochés sont communiqués à la personne, ou à l'établissement en cause, afin que puissent être présentées des observations dans un délai d'un mois, au terme duquel la sanction peut être rendue exécutoire.

La mesure prononcée est motivée. L'organisme de sécurité sociale est en droit de mettre en oeuvre des procédures d'avertissement, de mise en demeure et de contrainte, assorties de pénalités de retard.

Le décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 précise la liste des inobservations du code du travail qui peuvent être sanctionnées et fixe le montant des pénalités. Sont ainsi visés :

- pour les assurés, de fausses déclarations relatives à leur état-civil, la résidence, la qualité d'assuré ou leurs ressources dans le but d'obtenir ou de faire obtenir une prestation d'assurance maladie ou d'accident du travail ;

- pour les employeurs, de fausses attestations ayant pour conséquence la majoration du montant des indemnités journalières servies ;

- pour les professionnels de santé libéraux et les médecins hospitaliers dans le cadre de leur activité libérale, le détournement de l'usage de la carte Vitale, le non-respect de l'obligation de justifier les arrêts de travail et les transports qu'ils prescrivent, le non-respect de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent, le non-respect des conditions de prise en charge ou de prescription prévue lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes produits ou prestations, le manquement aux règles de facturation, erreur de cotation ou absence de réalisation d'une prestation facturée.

Les sanctions financières afférentes sont fixées en fonction de la gravité des faits reprochés :

- de 75 à 500 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou indûment mis à la charge de l'assurance maladie est compris entre 0 et 500 euros ;

- de 125 à 1.000 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou indûment mis à la charge de l'assurance maladie est compris entre 500 et 2.000 euros ;

- de 500 euros à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale (5.032 euros en 2005) lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou indûment mis à la charge de l'assurance maladie est supérieur à 2.000 euros.

Dans son rapport 2005 précité, la Cour des comptes fait état des résultats de la politique de contrôle développée par la CNAMTS entre le dernier trimestre 2003 et la fin 2004. Sur 4.023 contrôles opérés, « 923 (23,9 %) ont donné lieu à un contentieux (ordinal, conventionnel ou pénal), 1.438 (35,7 %) ont fait l'objet d'un recouvrement d'indus (29 millions d'euros récupérés) et 29,6 % ont [fait l'objet d'] un retour d'information (visites confraternelles, courriers). Les autres dossiers ont été classés sans suite. Ainsi sur quinze mois, 1,5 % des professionnels de santé libéraux ont été contrôlés et 0,9 % sanctionnés. »

II. COORDONNER LES ACTIONS ENTREPRISES PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ET LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES

Les travaux et débats préparatoires à la réforme de l'assurance maladie ont fait apparaître la nécessité d'une meilleure articulation entre les politiques menées, d'un côté, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, et de l'autre, par les régimes d'assurance maladie complémentaire.

Le congrès de la Mutualité française à Toulouse en juin 2003, le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale pour 2003¹ ou celui du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie de janvier 2004 ont apporté, avec des sensibilités différentes, leur contribution à ce sujet difficile.

Dans ce contexte, un consensus s'est dégagé pour considérer qu'un renforcement de la **coordination entre les actions entreprises par le régime obligatoire d'assurance maladie et les régimes complémentaires** aurait des effets bénéfiques sur la gestion du système de soins, dont les assureurs complémentaires assurent une partie du financement, et permettrait une meilleure couverture des usagers.

Intégrant ces réflexions, les pouvoirs publics se sont attachés à créer les conditions d'une participation renforcée des organismes complémentaires au fonctionnement du système de soins. Cette volonté s'est traduite à travers différentes mesures visant à associer les régimes complémentaires à la politique de gestion du risque développée par les régimes obligatoires d'assurance maladie ; adapter le régime fiscal applicables aux contrats complémentaire de santé afin d'encourager la création de nouveaux contrats, les « contrats responsables », susceptibles d'inciter les assurés à suivre un parcours de soins vertueux ; mettre en œuvre une nouvelle aide destinée à aider les ménages défavorisés à acquérir une assurance complémentaire.

Ces trois dispositifs confirment le rôle essentiel joué par les assureurs complémentaires. Ils soulignent également que le niveau de protection accordé par le régime obligatoire ne suffit plus à garantir un accès satisfaisant aux soins, ce que l'instauration de la couverture maladie universelle avait déjà mis en évidence.

¹ *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé, Jean-François Chadelat, commission des comptes de la sécurité sociale : 2003.*

A. UNE NOUVELLE ARCHITECTURE POUR MIEUX ASSOCIER LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES À LA GESTION DU RISQUE

La première réponse apportée par la loi du 13 août 2004 est institutionnelle, avec la création de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Cette structure doit assurer la représentation des régimes complémentaires santé qui regroupent 1.500 opérateurs relevant d'un statut de droit privé et dont les cotisations perçues s'élevaient à 20 milliards d'euros en 2004.

L'UNOCAM forme, avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des professions de santé (UNPS), le socle de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie voulue par les pouvoirs publics.

1. La création d'une institution réunissant les acteurs de l'assurance maladie complémentaire : l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM)

L'article 55 de la loi du 13 août 2004 dispose que l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM) est composée des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle et des entreprises mentionnées à l'article L. 310-1 du code des assurances.

La détermination de ce périmètre permet de regrouper, outre le régime d'Alsace-Moselle, les trois principales « familles » d'assureurs complémentaires : la mutualité, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance (contrats collectifs).

La représentation de ces familles au sein de l'UNOCAM est assurée par l'intermédiaire de structures déjà existantes : la mutualité autour de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), les assureurs autour de la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et les instituts de prévoyance au sein du Centre technique des instituts de prévoyance (CTIP).

Ces associations vont constituer le noyau dur de l'UNOCAM.

a) Composition et répartition des compétences au sein de l'UNOCAM

La création, la composition et la répartition des pouvoirs au sein de l'UNOCAM ont fait l'objet d'un compromis trouvé entre la FNMF, la FFSA et le CTIP. Ensemble, ces structures ont créé l'UNOCAM, dont la personnalité juridique n'est pas fixée par la loi, sous la forme d'une association loi de 1901.

Le décret portant création de l'UNOCAM, publié le 29 mai 2005 au Journal officiel, avalise les termes de cet accord.

L'UNOCAM sera dotée d'un conseil de trente-trois membres répartis comme suit entre ses différentes composantes : dix-sept représentants de la FNMF, soit plus de 50 % des membres du conseil, huit de la FFSA, sept du CTIP et un représentant du régime local d'Alsace-Moselle. Cette répartition est proportionnelle à la part de chacun de ces acteurs dans le secteur de l'assurance maladie complémentaire.

Un Bureau composé paritairement élabore les projets de délibération du conseil et établit l'ordre du jour de ces réunions.

Si les trois partenaires fondateurs de l'UNOCAM occupent respectivement une place déterminante au sein de leur propre « famille », la question se pose de l'adhésion ou de la participation aux travaux de l'Union de structures de taille plus modeste, comme la Fédération nationale interprofessionnelle des mutuelles (FNIM) ou le Groupement des entreprises mutuelles d'assurances (GEMA).

Le choix pragmatique fait par le Gouvernement de traiter avec les organisations les plus importantes de chaque « famille » est d'ailleurs mis en cause par la FNIM. Celle-ci conteste la composition de l'UNOCAM, dont elle estime devoir être membre de droit, ainsi que la création d'un Bureau de l'UNOCAM, instance non prévue par la loi. Un recours devant le Conseil d'État a été déposé par cette organisation.

Au-delà de ce recours, la question de la légitimité des structures membres, ou candidates à l'adhésion, peut être posée. En effet, le choix des pouvoirs publics revient à reconnaître *de facto* la représentativité de ces structures les plus importantes, et ce sans enquête préalable.

Il faut toutefois reconnaître qu'une telle enquête serait fort complexe à mener en raison de l'hétérogénéité des prestations offertes par les acteurs (contrats individuels ou collectifs) et de la difficulté à retenir des indicateurs pertinents (chiffres d'affaires dans le domaine de l'assurance complémentaire santé, nombres de contrats, population couverte).

Dans l'attente de l'arrêt du Conseil d'État, il convient de retenir que l'UNOCAM est une association dont l'utilité et l'efficacité sont déterminées par sa capacité à rassembler les acteurs les plus importants de chaque « famille » afin d'assurer une véritable représentation des assureurs complémentaires, mais surtout, de garantir que les accords signés par cette institution soient appliqués.

b) Les compétences de l'UNOCAM

Les compétences attribuées à l'UNOCAM ont pour objectif de permettre la participation des assureurs complémentaires à l'optimisation du système de soins, à travers un dialogue régulier entre l'UNOCAM et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Ces attributions peuvent être regroupées autour de deux grands axes : les négociations avec les professionnels de santé, d'une part, la détermination du périmètre des biens et services remboursables, d'autre part.

Sur le premier point, la loi dispose que l'UNCAM et l'UNOCAM examinent conjointement leurs programmes annuels de négociations avec les professionnels de santé. Elle indique également que l'UNCAM peut associer l'UNOCAM à la négociation et à la signature de tout accord, contrat ou convention régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professions de santé, et à leurs annexes et avenants.

La participation de l'UNOCAM aux négociations conventionnelles n'est possible qu'avec l'accord des organisations syndicales représentatives concernées et seulement si les dispositions en négociation intéressent directement les organismes d'assurance maladie complémentaire ou ont un impact sur les dépenses qu'ils prennent en charge.

L'intention du législateur est bien de créer les **conditions d'un dialogue régulier** entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires regroupés au sein de l'UNOCAM. Ce dialogue a pour objet d'optimiser l'intervention de chacun des régimes et d'éviter les effets déresponsabilisants d'une absence de coordination : c'est le cas, par exemple, lorsque le ticket modérateur imposé par le régime obligatoire est pris intégralement en charge par les assureurs complémentaires.

Les effets de cette nouvelle collaboration entre régime obligatoire et régimes complémentaires ne peuvent pas encore être mesurés puisque l'UNOCAM n'était pas constituée au moment où s'est conclue la négociation conventionnelle entre l'UNCAM et les médecins.

Les négociations conventionnelles en cours avec les chirurgiens-dentistes seront peut-être l'occasion d'une première mise en œuvre de cette collaboration. L'UNOCAM a d'ailleurs fait part de son souhait d'être associée aux discussions.

Il faut toutefois rappeler qu'un syndicat représentatif de la profession de santé concernée peut s'opposer à cette participation et que la loi ne fixe aucune obligation de résultats : formellement, elle n'impose qu'un examen annuel des programmes de négociation.

Ce faisant, les pouvoirs publics placent les différents partenaires face à leurs responsabilités et il apparaît clairement que l'objectif du législateur est d'instaurer une collaboration régulière et fructueuse, sans brider la capacité d'innovation des acteurs.

L'UNOCAM est également invitée à donner des avis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie lors de l'inscription de nouveaux actes, leur prix et leur taux de remboursement. Enfin, elle est membre du Comité économique des produits de santé.

Ces compétences sont complémentaires avec celle relative à la négociation conventionnelle. Elles couvrent à la fois les questions financières et le développement des « bonnes pratiques ».

On peut toutefois souligner que l'UNOCAM ne se prononce que sur l'inscription des nouveaux actes et non pas sur la revalorisation d'actes déjà remboursables. Ainsi, elle n'émettra pas d'avis sur des revalorisations tarifaires décidées à l'occasion d'une négociation conventionnelle.

In fine, c'est la capacité d'initiative des acteurs en présence, et leur volonté réciproque de coordonner leurs actions, qui permettront une meilleure articulation entre les interventions du régime obligatoire et celles des régimes complémentaires.

2. La création de dispositifs d'assurance maladie complémentaire de santé bénéficiant d'une aide : les contrats responsables

L'incitation au développement de nouveaux contrats d'assurance complémentaire s'inscrit dans cette démarche de gestion du risque que les pouvoirs publics souhaitent promouvoir dans le cadre de la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie.

Ce projet vise à favoriser une meilleure prise en charge globale de tous les Français, à les inciter à respecter un parcours de soins vertueux et à optimiser les dépenses de santé.

Pour atteindre ces buts, les pouvoirs publics ont choisi de recourir à des incitations fiscales favorisant la création d'une nouvelle catégorie de contrat d'assurance santé complémentaire : les « **contrats responsables** ».

Cette méthode avait déjà été mise en œuvre en 2002 avec la création des « contrats solidaires ». Rappelons qu'un contrat est qualifié de solidaire lorsque le bénéficiaire n'est pas soumis à un questionnaire médical et lorsque les cotisations ne sont pas fixées en fonction de son état de santé. En contrepartie, ces contrats spécifiques bénéficient d'une exonération de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA) de 7 %.

Dans un esprit comparable, les contrats responsables bénéficieront d'un régime fiscal plus favorable que les contrats de droit commun.

a) Un dispositif fiscal incitatif

La loi a prévu trois mesures fiscales pour inciter les assureurs complémentaires à développer les nouveaux contrats responsables.

Ainsi, à compter du 1^{er} janvier 2006, seuls les contrats responsables pourront bénéficier :

- de l'exclusion de l'assiette des cotisations d'assurances sociales pour les contributions patronales destinées aux prestations de prévoyance ayant un caractère collectif et obligatoire ;

- de l'exonération de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance ;
- de la déductibilité du revenu net imposable pour les primes versées à des régimes complémentaires obligatoires de salariés ou de professions libérales.

Ces incitations s'adressent directement aux assureurs complémentaires. Pour bénéficier de l'appellation de « contrat responsable » et des aides afférentes, les contrats devront respecter les règles fixées par la loi, complétées par un décret en Conseil d'État, publié au Journal officiel du 30 septembre 2005, pris après avis de l'UNCAM et de l'UNOCAM.

Il s'agit clairement de créer une nouvelle catégorie de contrat incitant leurs titulaires à respecter le parcours de soins élaboré dans la réforme de l'assurance maladie.

b) Le « cahier des charges » des contrats responsables

La loi détermine l'architecture du contenu des contrats responsables autour de cinq points :

- l'exclusion de la prise en charge de la participation forfaitaire prévue par l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale (forfait de un euro) ;

- l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge de la participation imposée aux assurés qui n'ont pas accepté l'inscription du soin dans leur dossier médical ;

- l'exclusion totale ou partielle de la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations applicables aux patients qui consultent un spécialiste sans passer par leur médecin traitant ;

- la prise en charge totale ou partielle des prestations liées à la prévention ;

- la prise en charge totale ou partielle des consultations et prescriptions du médecin traitant.

Dans sa note sur les couvertures complémentaires maladie (février 2005), le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie considère que cette liste constitue à la fois un plancher et un plafond. Il estime que le Conseil d'État ne pourra pas maintenir les avantages fiscaux et sociaux pour des contrats qui ne prendraient pas en considération les cinq exigences énumérées par la loi. Il ne pourra pas non plus rajouter d'autres conditions : la loi a établi le cahier des charges des « contrats responsables ».

En revanche, le décret définit les prestations liées à la prévention visées par la loi, le niveau de prise en charge de celles-ci, des consultations et prescriptions de médecin traitant, ainsi que la prise en charge des dépassements d'honoraires appliqués aux assurés qui ne respecteront pas le parcours de soins.

Ce dernier point est au cœur de la problématique du parcours de soins. En effet, si le régime obligatoire d'assurance maladie participe à la prise en charge des dépenses de santé sur la base des tarifs opposables fixés par la convention, les assureurs complémentaires disposent de toute latitude pour la prise en charge de ces dépassements.

Le législateur ayant exprimé sa volonté de responsabiliser les assurés, notamment financièrement, il convient donc que **les contrats responsables ne prennent pas en charge la totalité de ces dépassements, ce qui aurait pour effet de neutraliser les pénalités prévues en cas de non-respect du parcours de soins.**

C'est pour cette raison que, outre la participation de un euro due par chaque assuré lors d'une consultation, les contrats responsables ne couvriront pas la totalité des dépassements d'honoraires versés par les assurés n'ayant pas respecté le parcours de soins.

A contrario, les assurés « vertueux » bénéficieront d'une couverture de qualité avec une prise en charge supplémentaire des frais résultant de la consultation du médecin traitant, du médecin correspondant et des prescriptions (médicaments et examens biologiques) afférentes.

Ce dispositif ambitieux pourrait faire l'objet de détournements si une interprétation extensive de la loi accordait les avantages fiscaux liés aux contrats responsables à des contrats constitués d'une formule de base qui respecte le « cahier des charges » desdits contrats et que ces contrats soient complétés, par des avenants ou par des contrats connexes, qui couvriraient les prestations exclues par la couverture de base.

L'ensemble des acteurs concernés, l'UNOCAM, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, l'administration fiscale et les commissions compétentes des deux assemblées devront faire preuve de vigilance afin de conserver la valeur dissuasive des « contrats responsables ».

On observera que les organismes complémentaires conservent par ailleurs la possibilité d'offrir à leurs clients des contrats qui prennent en charge ces dépassements. Toutefois, ces contrats ne bénéficieront plus des exonérations fiscales attachées aux contrats responsables : leur coût d'acquisition s'en trouvera donc majoré.

c) Première contribution de l'UNOCAM à l'organisation du parcours de soins

A l'unanimité, le 8 juillet 2005, l'UNOCAM a rendu son premier avis sur le projet de décret relatif aux « contrats responsables ». Elle estime dans un premier temps que la non-prise en charge de la majoration de ticket modérateur sur les consultations effectuées hors du dispositif du médecin traitant « *est de nature à encourager au parcours de soins* ».

En revanche, cette instance reconnaît « *qu'il n'a pas été possible d'établir un avis de consensus* » concernant une autre disposition majeure du

projet de décret : la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes consultés directement.

Sur ce point, deux visions s'opposent : d'une part, celle de la Mutualité française qui a pris position en faveur du non-remboursement des dépassements hors parcours, d'autre part, celle de la Fédération française des sociétés d'assurance qui souhaite une prise en charge partielle, voire totale, de ces dépassements.

Ce désaccord apparent ne doit pas dissimuler le fait que l'UNOCAM se soit prononcée en faveur de sanctions à l'encontre des assurés ne respectant pas le parcours de soins, la divergence ne portant en réalité que sur le montant des sanctions.

En outre, le choix d'une solution radicale aurait eu des effets restrictifs sur l'accès aux soins et aurait été de nature à fragiliser l'activité des médecins pratiquant des dépassements d'honoraires autorisés par la loi et le système conventionnel.

B. L'AIDE À LA SOUSCRIPTION D'UNE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE : LE CRÉDIT D'IMPÔT

L'article 56 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie crée une nouvelle aide à la souscription d'une assurance maladie complémentaire pour les ménages dont les revenus se situent entre le plafond ouvrant le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et ce plafond majoré de 15 %.

Il s'agit d'une aide financière réservée aux contrats à adhésion individuelle, accordée sous conditions de ressources et variable selon l'âge des bénéficiaires.

Novateur, ce dispositif permettra d'accroître la couverture complémentaire dont bénéficie la population. Cette couverture joue un rôle majeur dans l'accès aux soins primaires et permettra de réduire le nombre de ménages ne bénéficiant pas d'une couverture santé complémentaire ou de minorer la somme avancée par des ménages modestes déjà titulaires d'un contrat.

1. Le contexte général

Ce crédit d'impôt est destiné aussi bien à inciter les personnes privées non bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé à souscrire un contrat qu'à alléger la charge financière, ou reste à charge, pesant sur ceux qui en ont déjà une.

Selon les estimations établies par les pouvoirs publics et les services de l'assurance maladie obligatoire, environ deux millions de personnes pourraient bénéficier de ce nouveau dispositif.

Il s'agit des bénéficiaires de minima sociaux : allocation de solidarité spécifique (372.000 personnes), allocation supplémentaire vieillesse (605.000 personnes), allocation adultes handicapés (728.000 personnes), allocation de solidarité spécifique et allocation de parent isolé (164.000 personnes), auxquelles s'ajoutent les personnes dont les ressources sont légèrement supérieures à ces minima.

a) Les dispositifs préexistants

Ce dispositif succède à « l'aide à la mutualisation » mise en place en mars 2002, par avenant à la convention d'objectifs et de gestion (COG) conclue entre l'État et la CNAMTS.

Cette « aide à la mutualisation » a été instituée pour aider les assurés, dont les ressources n'excédaient pas de plus de 12,7 % le plafond de ressources de la CMUC, à souscrire des contrats de couverture complémentaire santé.

Ce dispositif a été appliqué par la caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) et la caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM). Cette dernière avait déjà développé de sa propre initiative, et ce dès 2000, un dispositif d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire destiné à atténuer l'effet de seuil de la couverture maladie universelle (CMU).

Les contrats éligibles à l'aide garantissaient un panier de biens identique à celui de la CMU : prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier journalier et des dépassements prévus en matière optique, dentaire et de correction auditive dans les limites prévues par les arrêtés CMU du 31 décembre 1999. En outre, les titulaires bénéficiaient d'une dispense d'avance de frais.

En 2002, 118 millions d'euros avaient été réservés à cette aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé complémentaire. Ces crédits n'ont été consommés qu'à hauteur de 38 millions d'euros.

Selon les conclusions d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales¹, l'une des causes de cet échec tient à ce que le reste à charge des bénéficiaires demeure dans bien des cas élevé, voire quasi insupportable pour certaines tranches d'âge.

b) La mise en œuvre du nouveau dispositif

Dans une circulaire du 15 février 2005², le ministère de la santé et des solidarités rappelle que le crédit d'impôt a vocation à se substituer à « l'aide à la mutualisation ». Deux raisons expliquent cette évolution : la première est d'ordre administratif et vise à éviter l'existence de plusieurs dispositifs à

¹ IGAS, *second rapport d'évaluation de la CMU, décembre 2003.*

² DSS/2A n° 2005-90 du 15 février 2005.

vocation similaire, la seconde tiendrait au caractère inopérant de ce système d'« aide à la mutualisation ».

Le financement de ce nouveau crédit d'impôt est à la charge des régimes d'assurance maladie obligatoire et s'effectue pour l'essentiel par redéploiement des crédits d'action sociale. Il s'applique à tout le territoire contrairement au dispositif d'action sociale auquel il succède et qui était proposé de façon facultative par les caisses d'assurance maladie.

La charge financière sera répartie entre les différents régimes d'assurance maladie et versée au fonds CMU qui compensera les déductions opérées par les organismes complémentaires au titre du crédit d'impôt.

Pour 2005, un crédit de 70 millions d'euros est prévu au budget du fonds de la CMUC ; à terme, un crédit de 250 millions d'euros pourrait s'avérer nécessaire.

2. Les conditions d'ouverture du droit à crédit d'impôt

A l'exception du plafond de ressources, les conditions d'ouverture du droit à crédit d'impôt sont identiques à celles prévues pour la CMUC. Elles tiennent, d'une part, à la résidence du demandeur, d'autre part, aux ressources du foyer considéré.

a) Des critères de résidence identiques à ceux utilisés pour l'accès à la CMUC

Le demandeur doit justifier qu'il réside en France métropolitaine, ou dans un DOM, de manière ininterrompue depuis plus de trois mois.

Outre cette résidence stable, les personnes de nationalité étrangère doivent justifier qu'elles sont en situation régulière à la date de leur affiliation, au regard de la législation sur le séjour des étrangers en France.

b) Des conditions de ressources propres

Ce crédit d'impôt s'adresse aux personnes dont les revenus ne dépassent pas de plus de 15 % le plafond de ressources fixé pour bénéficier de la CMUC, soit, pour une personne seule, un revenu compris entre 587,16 euros et 675,24 euros par mois.

Ce plafond varie en fonction de la composition du foyer et selon que le demandeur réside en France métropolitaine ou dans un DOM. Il est revalorisé suivant des modalités identiques à celles retenues pour la CMUC, soit au 1^{er} juillet de chaque année.

L'examen des ressources est effectué par la caisse d'assurance maladie dont relève le demandeur. La décision d'attribution du crédit d'impôt est de la compétence du préfet du département dans lequel est situé le siège de la caisse dont relève le demandeur. Cette compétence peut être déléguée au directeur de cette caisse.

La caisse d'assurance maladie a deux mois pour prendre sa décision à compter de la réception de la demande. A la différence de la CMUC, passé ce délai, le silence la caisse vaut décision implicite de rejet.

3. Montant et mécanismes du crédit d'impôt

Pour l'assuré, il s'agit d'un droit à déduction qui vient minorer le montant de la prime ou de la cotisation due à l'organisme de protection sociale complémentaire qu'il aura choisi.

Pour l'organisme complémentaire, l'aide prend la forme d'un crédit d'impôt sur la contribution due au fonds de financement de la CMUC.

a) Les bénéficiaires

Le montant de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer. En 2005, il s'établit comme suit :

- 75 euros par personne âgée de moins de 25 ans ;
- 150 euros par personne âgée de 25 à 59 ans ;
- 250 euros par personne âgée de 60 ans et plus.

Une fois prononcée la décision favorable de la caisse d'assurance maladie, le droit au crédit d'impôt est ouvert pour un an à compter de la date d'effet du contrat pour les nouveaux contrats, ou à la date de remise de l'attestation à l'organisme de protection sociale complémentaires pour les contrats en cours.

Le bénéficiaire du droit à déduction sur la prime ou cotisation dispose d'un délai de six mois pour faire valoir son droit. Passé ce délai, l'attestation n'est plus valable.

Sur présentation de l'original de l'attestation, remise par la caisse d'assurance maladie au bénéficiaire, à une mutuelle, une institution de prévoyance ou une société d'assurance, l'intéressé bénéficie d'une réduction égale au crédit d'impôt sur un contrat d'assurance santé individuel en cours ou sur celui qu'il a choisi de souscrire.

Cette réduction s'impute sur le montant de la cotisation ou de la prime annuelle à payer.

b) Les contrats éligibles

Le bénéficiaire peut opter pour la mutuelle, l'institution de prévoyance ou la société d'assurance de son choix, pour autant que le contrat proposé réponde à certaines conditions.

Les contrats collectifs obligatoires sont donc exclus du champ du crédit d'impôt. Toutefois, par circulaire, le ministère de la santé et des

solidarités (circulaire DSS du 15 février 2005) a étendu le bénéfice du crédit d'impôt aux contrats collectifs à adhésion ou à souscription facultative et individuelle, pour lesquels l'assuré acquitte l'intégralité du coût de la couverture et sous réserve que ces contrats ne soient pas éligibles à la déduction de certaines cotisations sociales prévues par le code général des impôts.

La loi du 13 août 2004 dispose qu'une autre condition doit être respectée par le contrat complémentaire : il doit s'agir d'un « contrat responsable ».

Les organismes complémentaires ont l'obligation de prendre en charge les bénéficiaires du crédit d'impôt, dans le respect de l'interdiction du refus de vente ou de prestation de service et des cas de règles statutaires contraires (certaines mutuelles prévoient le type de population qu'elles sont autorisées à accueillir).

*

* *

Au 13 septembre, la CNAMTS avait délivré 148.998 attestations pour 260.571 personnes, soit environ 13 % de la population cible. Par extrapolation la CNAMTS table sur 410.000 attestations d'ici à la fin de l'année 2005 soit avec les autres régimes d'assurance maladie, environ 22 % des bénéficiaires potentiels.

RÉSULTATS	Nombre de foyers pour lesquels une ouverture de droit a été délivrée	Nombre de bénéficiaires pour lesquels une ouverture de droit à été délivrée
Janvier 2005	19.557	25.179
Février 2005	24.099	46.021
Mars 2005	18.709	32.841
Avril 2005	16.738	28.912
Mai 2005	20.583	38.031
Juin 2005	15.857	28.779
Juillet 2005	11.729	20.911
Août 2005	14.656	26.784
Du 31 août au 6 septembre	3.832	6.959
Du 7 au 13 septembre	3.238	6.154
TOTAL	148.998	260.571

A compter du 1^{er} janvier 2006, ces assurés ayant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire bénéficieront de la dispense d'avance de frais, pour la partie des dépenses prises en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

III. RATIONALISER LE SYSTÈME SANITAIRE RÉGIONAL AUTOUR DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

La régionalisation du système de santé est une préoccupation ancienne des pouvoirs publics. Entamée au début des années quatre-vingt, elle a franchi un palier en 1996 (plan Juppé) et connu de nouveaux développements au cours de l'année 2004 avec les lois relatives à la politique de santé publique et à l'assurance maladie ainsi qu'avec la loi relative aux libertés et responsabilités locales.

Comme le rappelle la Cour des comptes¹, « *l'émergence de la région comme échelon majeur du système de santé français est la résultante de plusieurs ambitions : celle de structurer une organisation de la santé et de l'assurance maladie très décentralisée, l'idée qu'une plus grande autonomie des circonscriptions régionales dans la détermination et la mise en œuvre des politiques de santé et d'assurance maladie favoriserait leur meilleure articulation et, par conséquent, une prise en charge plus cohérente et plus adaptée, celle aussi qu'une circonscription géographique limitée se prête mieux à des organisations innovantes, enfin, l'espoir qu'une implication plus forte des acteurs locaux autoriserait une appropriation plus consensuelle des enjeux.* »

Un consensus existe sur la pertinence de l'échelon régional mais il fait l'objet de plusieurs critiques liées à son mode de construction par strates et ajustements successifs et par l'absence d'une évaluation d'ensemble de son fonctionnement. Un rapide état des lieux démontre pourtant qu'une rationalisation du système s'avère nécessaire et qu'une réflexion approfondie doit précéder la mise en place des agences régionales de santé.

A. FAIRE FONCTIONNER EFFICACEMENT UN SYSTÈME COMPLEXE ET ENCHEVÊTRÉ

La mise en œuvre de la régionalisation a obéi à des logiques institutionnelles, autonomes les unes des autres, au sein desquelles on peut remarquer, d'une part, le mouvement de déconcentration des services de l'État et de l'assurance maladie, d'autre part, une distinction entre les structures chargées des soins de ville et celles en charge de l'hôpital.

1. L'échelon régional se compose de structures propres à l'État et à l'assurance maladie

La construction d'un échelon régional du système sanitaire a obéi à une double logique institutionnelle. Elle procède à la fois d'un mouvement de déconcentration propre aux deux principaux acteurs que sont l'État (DRASS, DDASS) et l'assurance maladie (CRAM et URCAM), et d'une volonté de

¹ *La sécurité sociale, septembre 2004.*

mettre en œuvre une programmation régionale répondant à des logiques spécifiques (programmes régionaux de santé, schémas régionaux d'organisation sanitaire).

Ces différents organismes exercent des compétences qui recouvrent l'ensemble du champ sanitaire. Cette situation se caractérise par une segmentation entre les structures en charge de la santé publique et celle chargées des politiques d'offre de soins ; ou encore dans le champ de la santé, entre les institutions en charge de l'observation et de la connaissance (les cellules interrégionales d'épistémologie) et celles compétentes pour la détermination des politiques de santé publique (les services déconcentrés de l'État).

a) Un échelon régional constitué d'intervenants multiples

Un bref aperçu des structures opérant au niveau régional suffit pour mettre en exergue la multitude des intervenants. En dresser une liste exhaustive est à la fois long et complexe et ne permet pas forcément d'obtenir, d'un simple regard, une vision claire des compétences exercées par les uns et les autres. Dans son rapport 2004, la Cour des comptes a fait le choix d'en dresser le tableau synthétique suivant :

Les principales étapes de la construction régionale

Un système de santé fondé sur des acteurs autonomes :

- des médecins libéraux et plus de 3.000 établissements de santé autonomes ;
- 128 caisses primaires d'assurance maladie dotées de la personnalité morale et d'un conseil d'administration ;
- des collectivités territoriales aux responsabilités propres ;
- une intervention des mutuelles, des associations...

Une organisation progressive de l'offre de soins hospitaliers

Loi hospitalière du 31 décembre 1970 : création de la carte sanitaire, premier instrument de planification des structures de soins basé sur un découpage du territoire national ;

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : création des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ;

Ordonnance du 4 septembre 2003 relative à la simplification de la planification sanitaire et à l'élaboration des SROS.

Un dispositif d'amélioration de la gestion du système de santé et de la promotion de la qualité des soins :

Loi du 4 janvier 1993 : création des unions régionales de médecins libéraux (URML)

Un développement progressif de la politique de santé publique :

- création des observatoires régionaux de santé à partir des années 1980 ;

- création des programmes régionaux de santé (PRS) en application d'une ordonnance de 1996, par décret du 17 avril 1997, et des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 ;

- loi du 4 mars 2002, loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique et loi du 17 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.

Une participation récente à la maîtrise de la dépense

Ordonnance du 24 avril 1996 :

- créant les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ;

- renforçant les pouvoirs donnés à la CNAM sur son réseau.

Cour des comptes, La sécurité sociale, septembre 2004

Ce panorama fait ressortir le rôle prépondérant des services de l'État dans la détermination de la politique de santé publique et d'offre de soins. Il met en évidence la volonté des pouvoirs publics de faire émerger un niveau institutionnel régional propre à l'ensemble des acteurs de la santé publique et de l'assurance maladie et d'esquisser des collaborations entre ces structures.

Cette volonté se traduit par l'existence, outre des services de l'État (DRASS), d'un groupement d'intérêt public commun entre l'assurance maladie et l'État (l'agence régionale de santé-ARH), de caisses régionales d'assurance maladie (CRAM) communes à l'assurance maladie et à l'assurance vieillesse, d'unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ou encore d'union régionale des médecins libéraux (URML), en attendant la création des unions régionales des professions de santé et des agences régionales de santé, sujets dont votre commission a déjà eu à débattre à l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à l'assurance maladie.

L'enchevêtrement des compétences qui découle de cette organisation n'est pas propice à une optimisation du fonctionnement du système de soins. Certaines structures devraient être renforcées, d'autres repositionnées, tandis qu'une réflexion générale sur le maillage territorial de ces structures, qui ne respectent pas toujours le découpage administratif, devrait être entamée.

Dans son rapport 2004, la Cour des comptes s'est aussi prononcée en faveur d'un renforcement de la structure juridique des ARH et a souligné que les compétences des URML et URCAM devraient être réaménagées au vu de l'expérience que l'on peut tirer de leurs premières années de fonctionnement.

b) Des plans d'action qui souffrent d'un manque de coordination et d'évaluation

Cette multiplicité d'organismes se traduit par des chevauchements de compétences et entraîne une confusion dans les responsabilités respectives de chacun des acteurs.

Là encore, un tableau récapitulatif dressé par la Cour des comptes illustre la complexité de cette répartition des compétences.

La programmation régionale en matière de santé et d'assurance maladie

Programmes régionaux de santé (PRS) : déterminés par le préfet de région parmi les priorités de la conférence régionale de santé, ils comportent des actions de promotion de la santé, de prévention, de soins, de rééducation, et de réinsertion ; ils sont élaborés et mis en œuvre en coordination notamment avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent.

Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) : voisins des PRS, ils sont prévus par la loi dans l'objectif de lutter contre les inégalités sociales de santé. De ce fait, ils ne portent pas sur une pathologie mais sur les difficultés d'accès à la prévention et aux soins, s'adressent à des publics en situation de précarité, présentent un caractère obligatoire et doivent être déclinés en plans départementaux.

Schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) : arrêtés par le directeur de l'ARH, ils ont pour objet de prévoir et de susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins ainsi que les coopérations, notamment entre établissements de santé, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

Schémas régionaux d'éducation pour la santé (SREPS) : prévus par le plan nationale d'éducation pour la santé de février 2001 et élaborés à partir de 2002, ils sont destinés à renforcer les compétences en éducation à la santé et à améliorer les méthodes d'évaluation de projets. Ils complètent l'organisation régionale puisque les PRS, PRAPS et SROS comportent tous un volet prévention et éducation pour la santé.

Programmes territoriaux de santé : prévus par une circulaire DGS-DATAR du 16 avril 2003 relative à l'expérimentation des démarches locales partagées de santé et d'action sociale et médico-sociale dans le cadre des projets territoriaux de développement, ils intègrent la déclinaison locale des PRS, le volet santé des contrats de ville et d'autres actions de santé promues par l'État (éducation nationale), les collectivités territoriales et l'ensemble des acteurs de santé, dans un ensemble cohérent et intégré d'activités articulées avec les besoins recensés et les ressources disponibles. Ces instruments de programmation plus précis que les PRS ont valeur contractuelle entre les acteurs.

Programmes régionaux de l'assurance maladie (PRAM) : conçus par les URCAM avec les CPAM, ils sont l'expression des priorités de l'assurance maladie au niveau régional. Ils intègrent les priorités des caisses nationales telles que notamment définies par le plan national interrégimes de gestion du risque (PNIR) et portant sur la gestion du risque, la prévention et l'observation.

Programmes régionaux hospitaliers (PRH) : élaborés principalement par les CRAM et le service du contrôle médical, ils expriment les priorités de l'assurance maladie sur l'hôpital. Ils sont souvent annexés aux PRAM.

Cette rapide énumération des compétences de programmation propres à différentes institutions suffit pour mesurer les risques de dysfonctionnements existant au niveau régional.

Le foisonnement institutionnel limite la portée des actions menées par les uns et les autres et pose de façon criante, ainsi que le souligne la Cour des comptes, la question de l'indispensable clarification des compétences entre l'État et l'assurance maladie.

2. L'apparition de nouvelles structures destinées à palier des insuffisances et entamer une première rationalisation

C'est dans ce paysage institutionnel devenu opaque que la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique puis celle du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ont prévu la **création de deux nouvelles structures**. La première, le groupement régional de santé publique, a pour objectif d'assurer la mise en œuvre des plans régionaux de santé publics, la seconde, la mission régionale de santé, a pour ambition de décloisonner les relations entre les soins de ville et l'hôpital.

a) Les groupements régionaux de santé publique

Avec la création du groupement régional de santé publique (GRSP), l'objectif des pouvoirs publics est de créer un véritable pôle de santé publique au niveau régional, de regrouper les acteurs et de coordonner leurs actions.

Le GRSP doit favoriser l'optimisation des moyens disponibles dans les régions. Il a pour mission de mettre en œuvre les programmes de santé contenus dans le plan régional défini par le préfet.

Pour ce faire, il rassemble les acteurs régionaux intervenant dans le domaine de la santé publique (État, l'assurance maladie, l'Institut national de veille sanitaire, l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé, les agences régionales d'hospitalisation) sous l'autorité du Préfet de région. Les collectivités locales peuvent participer aux actions du GRSP lorsqu'elles le souhaitent.

La volonté de coordination affichée par les pouvoirs publics est visible à travers le moyen d'action principal du GRSP : le plan régional de santé publique. Ce plan régional est une déclinaison des orientations sanitaires fixées par l'État au niveau national puis déclinées et adaptées au niveau local en tenant compte des spécificités sanitaires propres à chaque région.

Les collectivités locales demeurent libres de participer ou non aux travaux du GRSP. Les conseils régionaux bénéficient de la possibilité de mettre en œuvre des objectifs particulier en matière de santé.

La grande originalité du GRSP ne réside pas dans sa composition ou dans ses compétences en matière sanitaire mais bien dans le rôle qui lui est confié. En effet, il ne s'agit pas d'une structure opérationnelle mais plutôt d'un

promoteur qui procède à des appels à projets et a recours à des opérateurs extérieurs.

b) Les missions régionales de santé

Avec la création des missions régionales de santé, le législateur a fait le choix de renforcer, de façon progressive, les liens entre les agences régionales d'hospitalisation et les unions régionales d'assurance maladie. Votre commission a soutenu ce choix pragmatique qui s'attache à créer les conditions d'une meilleure collaboration entre les secteurs hospitalier et ambulatoire.

Les organismes concernés qui partagent déjà des compétences en matière de politique régionale de santé, notamment à travers la gestion de la dotation régionale de développement des réseaux, vont devoir créer de nouvelles synergies.

Instituées dès le mois de janvier 2005, les missions régionales de santé se sont mises au travail très rapidement, notamment dans le cadre de leur mission relative à l'organisation du dispositif de permanence des soins. Leur objectif est de faciliter la coopération entre, d'une part, les médecins libéraux ou les maisons médicales de garde, d'autre part, les services d'urgence des établissements de santé.

Elles assument ainsi un de leurs rôles principaux qui est de travailler au rapprochement du secteur ambulatoire et du secteur hospitalier.

Au-delà de leurs missions obligatoires, certaines MRS, comme en Rhône-Alpes, ont considéré que la loi ne leur interdisait pas d'engager des missions complémentaires. Elles ont ainsi décidé de se pencher sur le problème de la formation initiale des médecins (en liaison avec les questions de démographie médicale et d'installation) et la mise en œuvre du dossier médical partagé, puisque les informations qu'il rassemblera proviennent des champs hospitaliers et ambulatoires.

B. LES AGENCES RÉGIONALES DE SANTÉ : UNE SOLUTION IDÉALE POUR OPTIMISER L'ACTION DES ACTEURS RÉGIONAUX ?

La création d'agences de régionales de santé (ARS) est évoquée dans le débat public depuis maintenant plusieurs années, à l'occasion de l'élection présidentielle de 2002, lors des débats relatifs aux lois de financement de la sécurité sociale pour 2003 et 2004 ou encore à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie.

Le rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a esquissé les contours des futures ARS qui doivent favoriser : « *une meilleure articulation de la médecine de ville et de l'hôpital, une meilleure association des professionnels et des patients dans le cadre régional, un fonctionnement plus démocratique, une plus grande cohérence dans*

l'organisation de notre système de soins et une plus grande lisibilité des politiques suivies ». Mais leur mise en œuvre était toujours retardée.

Dans ce contexte, un pas décisif vers la création de ces agences a été franchi avec la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui dispose dans son article 68 qu'un an au plus tard après son entrée en vigueur, les régions seront autorisées, sur la base du volontariat, à mener pendant quatre ans l'expérimentation de la création d'une agence régionale de santé.

1. Définir le rôle des futures agences régionales de santé

L'ensemble des propositions émises à l'occasion des débats précités ont en commun le fait d'aborder la question de la création des agences régionales de santé sous l'angle institutionnel. Ces propositions reposent sur l'hypothèse qu'une structure unique, avec un responsable unique, serait la seule solution à même de résoudre les problèmes rencontrés par la mise en œuvre et l'exécution des politiques sanitaires régionales.

a) Regrouper les structures existantes au sein d'une agence unique ?

Les débats relatifs à la création des agences régionales de santé partagent l'idée qu'une ARS se caractériserait en priorité par le regroupement des structures existantes au niveau local.

Cette solution fait le pari d'une rationalisation des structures régionales intervenant dans le domaine sanitaire. Elle répond sans doute à un véritable besoin d'identifier un responsable régional unique plutôt que des structures éparses responsables du pôle hospitalier (les agences régionales d'hospitalisation) des soins de ville (les unions régionales des caisses d'assurance maladie) de la santé publique (les groupements régionaux de santé publique).

Dans son rapport 2004, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie tenait un raisonnement similaire en souhaitant pour l'assurance maladie : *« un véritable chef de file, qui dispose de la plénitude des moyens et du pouvoir de décider, qui affiche ses objectifs et qui soit jugé sur la manière dont il les tient »*.

Si l'approche structurelle est commune à plusieurs projets, une divergence de fond existe entre les propositions émises à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie. Les amendements défendus par Jean-Luc Préel, député, proposaient la création d'une agence régionale de santé placée sous l'autorité du conseil régional. Dans le projet présenté par Claude Evin, député, l'agence régionale de santé était placée sous l'autorité de l'État.

La solution retenue par les pouvoirs publics se veut pragmatique et ne tranche pas explicitement la question de la tutelle puisque la loi demeure muette sur les modalités de direction des futures ARS, se bornant à inviter les conseils régionaux à participer à une expérimentation bâtie à partir des

missions régionales de santé. On peut toutefois supposer que ce non-dit indique un mode de nomination du directeur de l'ARS proche, voire identique, à celui retenu pour la désignation des directeurs des agences régionales d'hospitalisation.

Ce silence du législateur sur la répartition des responsabilités au sein des différentes instances participant à la direction des ARS explique le retard pris pour la mise en œuvre de cette expérimentation. Avant de faire acte de candidature, les régions ont besoin de connaître les conditions requises pour participer, qu'il s'agisse de leur place au sein de cette nouvelle structure ou bien des conditions financières à remplir.

De son côté, l'assurance maladie souhaite aussi connaître les conditions de déroulement de cette expérimentation et entend faire entendre sa voix à l'occasion de la création des ARS. Elle est défavorable à toute solution institutionnelle qui se traduirait par une intégration de son réseau au sein d'une structure régionale placée sous la seule autorité de l'État. Une telle solution serait d'ailleurs contraire à l'esprit de la nouvelle gouvernance mise en place par la loi du 13 août 2004.

b) Définir le périmètre des compétences de l'agence régionale de santé

Aborder le processus de création de l'agence régionale de santé par la question des compétences, et non dans son seul aspect institutionnel, permet d'évoquer le sujet de façon plus souple, en s'interrogeant d'abord sur ce que doit être le rôle de l'agence.

Cette approche tient compte de la nécessité pour l'État, comme pour l'assurance maladie, de maintenir l'existence d'une structure régionale centrée sur les compétences propres de ces acteurs. Dans cette hypothèse, le périmètre de compétences de l'ARS reste à définir à partir des structures communes à l'État et à l'assurance maladie (ARH, GRSP) et doit s'accompagner, outre de la réflexion propre au fonctionnement de la nouvelle agence, d'une évaluation des compétences exercées par chaque acteur de l'échelon régional afin de limiter les enchevêtrements de compétences.

L'option retenue par les pouvoirs publics avec la création des missions régionales de santé équivaut à un premier pas. Ce cadre réunit l'ARH et l'URCAM qui exercent des compétences complémentaires en matière d'offres de soins et qui constitueront le noyau de la future ARS.

Il y a donc bien lieu de mener deux actions : regrouper certaines structures au sein d'une agence unique et redéfinir, dans son ensemble, la répartition des compétences entre les différentes structures qui coexisteront avec l'agence.

La problématique de la détermination des compétences de l'ARS peut alors se poser dans les termes suivants : est-il pertinent de regrouper, au sein d'une structure unique, les questions relatives à la santé publique, qui relèvent

du groupement régional de santé publique, et celles relatives à l'offre de soins qui sont partagées entre les agences régionales d'hospitalisation et les structures régionales de l'assurance maladie ?

Un regroupement de l'ensemble des structures au sein d'une agence unique répondrait aux préoccupations d'ordre institutionnel évoquées précédemment. Il obéirait à une démarche de rationalisation administrative puisque le GRSP regroupe déjà en son sein des représentants de l'État et de l'assurance maladie et qu'il est ouvert aux collectivités locales.

Pourtant cette solution présente un risque, celui d'une structure qui sacrifie la santé publique, et notamment le développement d'une véritable politique de prévention, au profit d'une politique d'organisation de l'offre de soins. Cette tentation serait forte pour plusieurs raisons.

La première est d'ordre culturel. Les opérateurs régionaux sont d'abord des gestionnaires du système de soins, la santé publique dans sa dimension préventive et épidémiologique ne fait pas partie de leurs priorités. C'est d'ailleurs pour pallier une défaillance institutionnelle que les pouvoirs publics ont créé une structure *ad hoc* dédiée aux questions de santé publique.

La deuxième est d'ordre financier. Les sommes consacrées à la gestion de l'offre de soins sont sans commune mesure avec celles destinées aux politiques régionales de santé publique. Ce débat entre les dépenses consacrées à la médecine préventive et à la médecine curative dépasse largement le cadre régional mais la répartition des moyens disponibles fait que, *de facto*, l'agence accorderait sa priorité à l'offre de soins. Et ce d'autant que c'est un domaine dans lequel il est plus aisé de fixer des objectifs chiffrés et d'apprécier les résultats de la politique menée par l'agence.

Ainsi, si le choix des attributions est une étape décisive pour déterminer l'ampleur du regroupement institutionnel provoqué par la création de l'ARS, le domaine de la santé publique démontre que le regroupement de toutes les structures communes à l'État et à l'assurance maladie existant au niveau régional peut poser des problèmes de priorités d'action. La rationalisation institutionnelle mérite bien une expérimentation avant de trouver sa forme définitive.

Enfin, alors que la mise en œuvre de cette expérimentation prend du retard, on peut imaginer que les textes fixant les règles de participation prévoient que les compétences exercées par l'ARS soient déclinées autour d'objectifs et fassent l'objet d'une contractualisation entre les différentes parties à l'agence. Cela aurait le mérite de déterminer une programmation pluriannuelle et de fixer la répartition des moyens apportés au fonctionnement de l'agence et à la poursuite des programmes.

2. Quelle place pour les partenaires de l'État ?

Au-delà des interrogations soulevées par le périmètre de la fusion entre différentes structures régionales et le champ de leurs attributions, la création des agences régionales de santé soulève la question de la place respective de chacun des participants. C'est d'ailleurs la principale explication de la non-mise en œuvre de l'expérimentation ARS un an après le vote de la loi.

Les partenaires de l'État n'exigent pas un bouleversement du périmètre traditionnel des compétences exercées par ce dernier, la détermination des grands principes en matière de santé et la responsabilité de la sécurité sanitaire demeureront de sa compétence. Cela est d'autant plus vraisemblable que, comme le rappelle la Cour des comptes, « *la région administrative n'est pas toujours le niveau géographique le plus adapté* », en matière épidémiologique, par exemple.

Toutefois, l'arrivée des conseils régionaux au sein des organes de direction des agences régionales est de nature à bousculer les modes de fonctionnement de la commission exécutive de l'agence. L'assurance maladie, qui finance le système de soins, demande, quant à elle, d'être mieux associée à la détermination et au contrôle des dépenses exécutées au niveau régional.

a) L'intégration des conseils régionaux dans les instances sanitaires bouleverse les équilibres existants

L'intégration des conseils régionaux au sein des instances sanitaires, qu'il s'agisse des agences régionales d'hospitalisation, au titre de l'expérimentation prévue par l'article 70 de la loi relative aux responsabilités locales, ou des futures agences régionales de santé, va provoquer un bouleversement dans le fonctionnement de ces structures, notamment au niveau des instances de direction.

Cette mutation est liée à **l'apparition d'un troisième partenaire** au sein d'instances habituellement composées à parité entre les représentants de l'État et ceux de l'assurance maladie, à l'instar de la commission exécutive des agences régionales de santé.

La participation du conseil régional influera sur les équilibres et les votes au sein de la commission exécutive de l'agence et réduira les pouvoirs du directeur de l'agence régionale qui dispose aujourd'hui d'une voix prépondérante. La force de ce privilège sera réduite par l'extinction d'un paritarisme strict État-assurance maladie.

Au-delà d'une simple modification arithmétique, c'est la légitimité dont disposeront les représentants du conseil régional, et à plus forte raison lorsque le Président du conseil régional siègera au sein de la commission, qui est de nature à modifier les équilibres.

Toutefois, si la légitimité du conseil régional à intervenir sur les questions de répartition de l'offre de soins découle de sa compétence générale de gestion du territoire concerné, les limites de sa capacité financière d'intervention dans le domaine de la santé font qu'il ne devrait pas pouvoir, dans le cadre de cette expérimentation, exiger d'assurer la direction de l'agence mais se limiter plutôt à un magistère d'influence.

A titre d'exemple, il faut savoir que le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais, dont le budget global annuel est légèrement inférieur à 1,5 milliard d'euros, consacre annuellement 11 millions d'euros au financement de programmes sanitaires. Ces 11 millions représentent une somme importante pour l'exercice d'une compétence qui n'est pas obligatoire, et l'action du conseil régional est souvent montrée en exemple. Mais quelle que soit la qualité de cet engagement financier, il ne peut pas être comparé aux moyens nécessaires à la politique régionale en matière d'offres de soins à laquelle sont consacrés annuellement 4 milliards d'euros.

b) L'assurance maladie doit être associée à la direction des nouvelles agences régionales de santé.

Des trois principaux acteurs concernés : État, conseils régionaux, assurance maladie, cette dernière aborde la question de la création d'une agence régionale de santé dans la situation la moins favorable.

A l'évidence, dans l'hypothèse de la création d'une structure unique dotée de pouvoirs importants, la légitimité de l'État à définir les grandes orientations en matière de santé et d'offres de soins ne serait pas véritablement remise en question, pas plus que la qualité des conseils régionaux à peser sur des choix locaux.

L'assurance maladie ne bénéficie pas d'une telle assise alors qu'elle fournit à l'échelon régional à la fois l'essentiel de l'effort financier et un fort contingent de personnel.

Dans ces conditions, l'association de l'assurance maladie aux agences régionales de santé doit être définie en tenant compte de trois principes forts.

Le premier est le respect de l'esprit de la gouvernance mise en œuvre par la loi du 13 août 2004. Les pouvoirs publics ont maintenu l'autonomie de l'assurance maladie, ont accru ses pouvoirs propres et ont tourné le dos à toute velléité d'étatisation du système. Ce respect des pouvoirs propres de l'assurance maladie ne la dispense pas de procéder à la restructuration et à la rationalisation de son réseau mais lui confère une légitimité institutionnelle propre.

Le deuxième est de mieux associer l'assurance maladie à la répartition des enveloppes budgétaires régionales. La convention régissant les rapports entre l'assurance maladie et les médecins prévoit la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée au niveau régional. Par parallélisme des formes,

l'assurance maladie devrait être mieux associée à la détermination des budgets hospitaliers régionaux.

Le troisième consiste à confier à l'assurance maladie le contrôle des dépenses hospitalières liées à la T2A, sous une forme identique au contrôle qu'elle exerce sur les autres prestations.

L'ensemble accorderait à l'assurance maladie une légitimité construite sur l'expertise et le contrôle qui l'autorisera à participer à la direction des structures communes dont les compétences seront centrées sur la planification et la répartition de l'offre de soins, à la fois dans le domaine hospitalier et le domaine ambulatoire.

Dans ce contexte, il pourrait même être envisagé d'associer le directeur général de l'UNCAM à la nomination des directeurs des ARS, sous forme d'un avis consultatif, et de promouvoir ponctuellement des personnels de l'assurance maladie, ayant une expérience de gestion régionale, à la tête de ces structures, comme cela avait été évoqué dès 1996 pour les ARH.

Au total, la mise en œuvre des futures agences régionales de santé résultera d'un équilibre qui reste à déterminer entre :

- la rationalisation des structures opérant au niveau régional par fusion et nouvelle détermination des attributions ;
- la clarification des compétences entre les différents acteurs régionaux ;
- la juste représentation de chacun des acteurs au sein des agences.

*

* *

Treize mois après l'adoption du projet de loi relatif à l'assurance maladie, une appréciation positive peut être portée sur le service « après-vote » de la réforme.

Le ministre de la santé et des solidarités peut à juste titre se féliciter de la publication de 88 % des textes réglementaires nécessaires à l'application de la loi du 13 août 2004, ce qui a permis d'actionner rapidement les nouveaux outils de régulation qu'elle instaure.

C'est ainsi que le parcours de soins est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2005, comme le prévoyait le calendrier prévisionnel de mise en œuvre de la réforme présenté par le Gouvernement.

Les institutions composant la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie – Union nationale des caisses d'assurance maladie, Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie, Union nationale des professionnels de santé – ont été mises en place entre le mois de décembre

2004 et le mois de juin 2005. Dès son installation, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire a fait part de son souhait d'être associée aux négociations conventionnelles à venir et à la détermination de certaines étapes du parcours de soins (notamment contrats responsables).

Il est vrai que certains retards ont été constatés. Ils s'expliquent par la complexité des dispositifs à mettre en œuvre et la nécessité de procéder à de larges consultations préalables à la publication de certains textes réglementaires. C'est notamment le cas de la mise en œuvre de l'expérimentation relative aux agences régionales de santé pour laquelle il est indispensable de définir des règles de fonctionnement susceptibles de s'appliquer pendant quatre années et de nature à susciter l'intérêt des conseils régionaux pour ce projet.

Ces retards ne sont pas, en l'état, préjudiciables à l'esprit de la réforme, ni à son efficacité. Ils ont, en revanche, un effet contraignant sur la pédagogie de la réforme qui doit être répétée, adaptée, au fur et à mesure de l'entrée en vigueur des mesures nouvelles.

Conclure que ces retards nuisent à l'optimisation du système de soins ou à l'efficacité de certains dispositifs reposant sur l'initiative des acteurs serait, aujourd'hui, hors de propos.

La création du médecin traitant, la coordination des soins et l'articulation des interventions du régime obligatoire et des régimes complémentaires demeurent les principales innovations d'une réforme ambitieuse porteuse d'un véritable projet, ce qui n'aurait pas été le cas si elle s'était résumée à opérer des baisses de remboursement et des hausses de cotisations.

Cette réforme a fait le pari de l'évolution des comportements et de la responsabilisation de tous les acteurs du système de santé. Aujourd'hui, il appartient au Gouvernement de compléter la publication des derniers textes réglementaires nécessaires à l'application de la loi mais surtout de redoubler d'efforts pour assurer la diffusion d'une information pédagogique adaptée à chacun des acteurs concernés.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le **mercredi 5 octobre 2005** sous la **présidence de M Nicolas About, président**, la commission a entendu une **communication de M. Alain Vasselle, rapporteur**, sur la **mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie**.

M. Alain Vasselle, rapporteur, tout d'abord exposé les grandes lignes de son rapport (cf. exposé général).

M. Guy Fischer a regretté que le rapporteur passe sous silence les conclusions de la commission des comptes de la sécurité sociale. Il a constaté que le déficit cumulé de la sécurité sociale atteint cette année 15 milliards d'euros et a fait part de ses craintes que cette situation ne se traduise par un transfert de charges des régimes de base vers les assureurs privés. Il a estimé qu'à l'heure actuelle, les assurés sociaux sont les seuls à supporter le coût de la réforme.

Il a ajouté, à l'appui de ce constat, que l'avant-projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 alourdit la charge pesant sur les assurés avec l'instauration d'un forfait de 18 euros pour les actes dont le montant est supérieur à 91 euros. Il a regretté que les membres du groupe communiste républicain et citoyen ne soient pas associés au colloque que le Sénat organise pour célébrer les soixante ans de la sécurité sociale.

M. Nicolas About, président, a précisé sur ce point que la commission des affaires sociales n'est pas l'organisatrice de cette manifestation.

M. Alain Gournac a fait valoir que la réforme de l'assurance maladie va bien dans le sens d'une plus grande responsabilisation des assurés et qu'elle était la seule à même de sauver la sécurité sociale. Abordant la question de la création des agences régionales de santé, il a insisté sur la nécessité de mettre en œuvre une véritable collaboration entre les responsables de l'échelon sanitaire régional et les élus.

M. Gilbert Barbier s'est déclaré favorable à l'intégration des directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) au sein des agences régionales de santé.

M. Claude Domeizel a partagé l'idée du rapporteur selon laquelle on ne dispose pas encore du recul nécessaire pour se livrer à une évaluation complète de la réforme de l'assurance maladie. Il a souligné que, pour la première fois, toutes les branches de la sécurité sociale sont déficitaires. Il

s'est interrogé sur la volonté du Gouvernement de maintenir son objectif de rétablissement des comptes de la sécurité sociale dès 2007. Il a rappelé que l'équilibre financier de la sécurité sociale ne peut être rétabli sans une amélioration de la situation de l'emploi.

***Mme Marie-Thérèse Hermange** s'est prononcée en faveur d'un effort important de simplification de l'échelon régional de santé. Elle a estimé que la création des agences régionales de santé doit être mise à profit pour rationaliser l'échelon sanitaire régional et pour supprimer les structures redondantes. Elle a souhaité qu'une réflexion analogue soit engagée sur les structures sanitaires au niveau national.*

***M. Alain Vasselle, rapporteur**, a souligné que la discussion sur les comptes de la sécurité sociale trouvera naturellement sa place à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 et que tel n'est pas l'objectif de son propos.*

Il a rappelé qu'avec la réforme de la loi organique, le Parlement sera désormais amené à examiner la situation financière de la sécurité dans un cadre pluriannuel.

Il a précisé que sa réflexion sur les agences régionales de santé n'est pas arrivée à son terme et qu'il souhaite poursuivre ses travaux et connaître les réflexions de ces collègues sur le sujet.

Enfin, il a souligné que le Gouvernement n'a pas abandonné son objectif de retour à l'équilibre des comptes pour 2007.

*A l'issue de cette communication, **la commission a autorisé sa publication sous la forme d'un rapport d'information.***

ANNEXE N° 1

Modes d'organisation de la médecine générale et de l'accès aux spécialistes dans différents pays européens dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire

Pays	Organisation de la médecine générale	Choix du généraliste	Accès aux spécialistes
Allemagne	Les médecins généralistes (MG) sont à leur compte en cabinet individuel. Seuls 25 % sont en cabinet de groupe.	Le patient doit choisir librement un médecin de famille selon le code social (§76 SGB V) pour chaque trimestre de remboursement.	La réforme introduite le 01/01/2004 encourage, par le forfait trimestriel de 10 € l'adressage par le généraliste vers les spécialistes.
Belgique	La majorité des MG exercent individuellement à leur compte. Les cabinets de groupe de développent. Maisons médicales : associations autogérées de MG, kiné, infirmiers, paramédicaux, travailleurs sociaux, professionnels de la santé mentale.	Le choix du généraliste est libre.	L'accès aux spécialistes est libre.
Canada Québec	Plusieurs types d'organisation coexistent dont les <i>Groupes de médecins de famille (GMF)</i> .	Le patient s'inscrit auprès d'un médecin de famille au sein d'un GMF.	L'accès au spécialiste est recommandé par le généraliste (pas de <i>gatekeeping</i> formel).
Espagne	Les MG exercent au sein d'équipes multidisciplinaires, à temps plein sur une base salariale avec un petit complément à la capitation. La médecine de famille est reconnue comme une spécialité en 1995.	Obligation de choisir un médecin de famille, librement sur une liste pour une zone géographique donnée. Le nombre de patients par médecin est plafonné.	Le patient doit passer par son médecin de famille pour avoir accès à un spécialiste.
Etats-Unis	Les MG libéraux sont inscrits dans des réseaux de soins gérés par les assureurs privés.	Le patient choisit parmi les MG de son réseau.	L'accès aux spécialistes est limité par le MG (rôle de <i>gatekeeper</i>).
Finlande	Les MG exercent dans les 270 centres de santé gérés par les municipalités et constitués en équipes multidisciplinaires de MG, d'infirmières et autres professionnels de la santé.	Le choix du généraliste est libre et sans caractère obligatoire.	L'accès aux spécialistes est libre.
Italie	Les MG sont à leur compte dans des cabinets individuels.	Obligation de choisir un médecin de famille (nombre de patients par MG plafonné).	Le patient doit passer par son médecin de famille pour avoir accès à un spécialiste.
Pays-Bas	Quelques centres de santé mais principalement des MG qui travaillent de plus en plus en groupe, pas forcément en multidisciplinaire.	Obligation de choisir un MG.	<i>Gatekeeping</i> très important des MG qui adressent leurs patients de façon très restrictive.
Royaume-Uni	Les MG exercent dans des centres de santé locaux publics, 12 % dans des centres de santé privés, 7 % sont à leur compte. La médecine de famille est une spécialité.	Le patient est libre de prendre RDV avec l'un des centres de santé du district.	Le ticket modérateur est plus élevé si le patient n'est pas recommandé par un généraliste pour consulter un spécialiste.

Source : Commission des comptes, juin 2005.

ANNEXE N° 2

Valorisation financière des consultations décidée par la convention médicale du 12 février 2005

(en millions d'euros)

	Année pleine	2005
Rémunération médecin traitant	293	156
Financements par redéploiement (PIRES ¹)	- 90	- 70
	203	86
Permanence des soins	70	58
Généralistes : majoration de 5 euros (consultations et visites pédiatriques jusqu'à deux ans)	49	41
<i>Ensemble des mesures touchant les généralistes</i>	322	185
Valorisation du parcours de soins		
Spécialistes du secteur I	122	61
Spécialistes en secteur optionnel	73	36
<i>Anticipation du paiement de la majoration de coordination [2 euros+maintien majoration psychiatrie (MPC)] : depuis mars 2005</i>		23
Mesures spécifiques concernant certaines spécialités	18	15
Financement par redéploiement (CBP, PIRES) ²	- 40	- 40
<i>Ensemble des mesures touchant les spécialistes</i>	172	95
Total	494	280

(Estimation présentée par la CNAMTS, « Dossier de Presse », janvier 2005)

¹ Protocole interrégime d'examen spécial.

² Protocole interrégime d'examen spécial et contrats de bonne pratique.

ANNEXE N° 3

-

Indicateurs mis en place par le Gouvernement pour suivre la mise en œuvre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Thème n°1 : accès aux soins	<i>Indicateur 1</i> : nombre d'assurés ayant choisi un médecin traitant <i>Indicateur 2</i> : part des médecins généralistes entrés dans le dispositif
Thème n°2 : accès des plus démunis à l'assurance complémentaire	<i>Indicateur 3</i> : nombre de bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire
Thème n°3 : maîtrise des dépenses d'indemnités journalières versées lors d'arrêts maladie	<i>Indicateur 4</i> : évolution des dépenses totales d'indemnités journalières
Thème n°4 : lutte contre les fraudes et les abus	<i>Indicateur 5</i> : indicateur synthétique des contrôles effectués par la CNAM
Thème n°5 : médicaments-développement des génériques	<i>Indicateur 6</i> : médicaments - développement des génériques <i>Indicateur 7</i> : proportion des boîtes de génériques délivrées par rapport au nombre total de boîtes délivrées
Thème n°6 : qualité du système de soins	<i>Indicateur 8</i> : nombre de médecins engagés dans la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles <i>Indicateur 9</i> : nombre d'accords cadre d'amélioration des pratiques hospitalières conclus au niveau local <i>Indicateur 10</i> : nombre de référentiels qualité élaborés par l'HAS
Thème n°7 : évolution de l'ONDAM	<i>Indicateur 11</i> : évolution de l'ONDAM
Thème n°8 : développement du DMP	<i>Indicateur 12</i> : nombre d'assurés sociaux disposant d'un dossier médical

Source : Ministère des solidarités, de la santé et de la famille – Dossier de presse – 6 avril 2004