

Chapitre VII

La nouvelle gouvernance nationale de l'assurance maladie

PRÉSENTATION

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie comporte trois titres : l'organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (titre I), les dispositions relatives à l'organisation de l'assurance maladie (titre II) et son financement (titre III).

Les dispositions relatives à l'organisation prévoient une réforme importante des institutions de l'assurance maladie avec la création de l'UNCAM et une nouvelle distribution des pouvoirs au sein de la CNAMTS. La délégation de compétences confiée aux caisses d'assurance maladie par l'Etat est élargie et la participation de l'assurance maladie à l'encadrement et à la surveillance des dépenses est accrue. Une autorité scientifique indépendante, la Haute Autorité de santé est créée. Enfin, pour la première fois, en dehors des négociations conventionnelles, une place officielle est accordée dans la prise de décision aux partenaires de l'assurance maladie, institutions de protection complémentaire et professions de santé.

Les développements ci-dessous ont pour objet d'observer comment ont été mises en place ces nouvelles structures et procédures de décision et d'en tirer les premiers enseignements.

I - La réorganisation des régimes obligatoires

A – La redéfinition des pouvoirs au sein du régime général

L'accroissement du rôle des caisses nationales à l'égard des caisses locales, personnes morales autonomes, s'inscrit dans un mouvement progressif mais continu impulsé par l'Etat depuis de nombreuses années. La loi du 13 août 2004 accentue fortement cette tendance dans la seule branche maladie du régime général en accordant au directeur général de la CNAMTS des pouvoirs importants sur les caisses.

Au sein des caisses du régime général, les pouvoirs de l'exécutif sont considérablement accrus alors que les pouvoirs des conseils (qui ne sont plus d'administration) sont recentrés sur les tâches d'orientation.

Le directeur, devenu directeur général de la CNAMTS, reste nommé par décret en conseil des ministres, le conseil de la caisse pouvant seulement s'opposer à sa nomination à la majorité des deux tiers. Symétriquement, il ne peut être mis fin à son mandat avant le terme de

cinq ans¹⁷⁹ que si la même majorité du conseil exprime un avis favorable. Il dispose d'un pouvoir élargi. La loi (art L. 221-3-1) lui confie le pouvoir de direction sur l'établissement, la responsabilité du bon fonctionnement de l'ensemble des caisses (nationale, régionales et locales) et lui attribue à cette fin la capacité de prendre toute décision nécessaire et d'exercer toute compétence non dévolue à une autre autorité, notamment au conseil.

Il a autorité sur le réseau des caisses régionales et locales. Il peut suspendre ou annuler toute délibération ou décision prise par une caisse locale ou régionale qui méconnaîtrait les dispositions de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et la CNAMTS ou du contrat pluri annuel de gestion signé entre la CNAMTS et la caisse locale. Cette autorité trouvera d'autant plus à s'exercer que les conseils d'administration deviennent des conseils sans responsabilité de gestion. Les caisses locales conservent une personnalité juridique et donc une indépendance formelle, mais, de fait, le réseau de la CNAMTS est désormais hiérarchisé.

Les modalités de nomination des directeurs locaux sont à cet égard emblématiques. C'est le directeur général de la CNAMTS qui les nomme et met fin à leurs fonctions¹⁸⁰, sauf opposition des conseils des caisses primaires à la majorité des deux tiers.

B – Une meilleure coordination des régimes de base

Parmi les réformes résultant de la loi du 13 août 2004, l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) apparaît à bien des égards comme une composante essentielle de la nouvelle gouvernance. Elle rassemble dans un même établissement public administratif les trois principaux régimes d'assurance maladie, le régime général, le régime social des indépendants (RSI) et la mutualité sociale agricole (MSA).

Cette union des régimes existe au niveau régional depuis les ordonnances de 1996 qui ont créé les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). L'idée qui a présidé à la création de l'une et des autres est identique : la maîtrise des dépenses par une gestion du risque dirigée notamment vers les professionnels de santé suppose une meilleure coordination des régimes.

179. Cette désignation pour cinq ans existe dans d'autres cas rares, par exemple pour la caisse des dépôts et consignations.

180. Nommés auparavant par les conseils d'administration dont ils n'étaient jusqu'en 1960 que les mandants, les directeurs étaient depuis l'ordonnance du 24 avril 1996 nommés par le directeur de la CNAMTS sur la base du choix effectué par les conseils parmi les trois noms proposés par le directeur de la CNAMTS.

Un équilibre institutionnel a été trouvé pour garantir une place au RSI et à la MSA en dépit du poids prépondérant du régime général en termes d'assurés et de prestations servies (85 %)¹⁸¹, même si l'UNCAM ne dispose pas de moyens de gestion propres et dépend étroitement de la CNAMTS pour son fonctionnement. Elle a d'ailleurs le même directeur général que la CNAMTS.

La loi du 13 août 2004 a réparti les pouvoirs respectifs de la CNAMTS et de l'UNCAM. L'énumération, non limitative il est vrai, des pouvoirs du directeur général de la CNAMTS est nettement centrée sur l'organisation et la gestion du réseau de caisses. Au contraire, le rôle de l'UNCAM (art. L. 182-2) est orienté sur les droits des assurés et les relations avec les professions de santé et, de manière générale, sur tout ce qui impacte les dépenses d'assurance maladie.

Subsistent cependant des zones d'incertitude qui rendent parfois difficile la distinction des compétences et responsabilités. Le conseil de la CNAMTS détermine « les orientations relatives à la contribution de l'assurance maladie à la mise en œuvre de la politique de santé ainsi qu'à l'organisation du système de soins, y compris des établissements de santé, et au bon usage de la prévention et des soins ». Il détermine également « les orientations de la politique de gestion du risque » (article L. 221-3 du CSS). Or, il s'agit là de compétences plutôt dévolues à l'UNCAM qui négocie avec les professionnels de santé des conventions dont le champ est maintenant tellement étendu (v. infra) qu'il englobe les questions d'organisation et de permanence des soins, de démographie médicale etc.

De même, ce sont les caisses nationales qui doivent faire des propositions de redressement quand le seuil d'alerte est atteint (v. infra) alors que c'est l'UNCAM qui décide de la prise en charge des actes et prestations et qui fixe le montant du ticket modérateur.

Cette difficulté à séparer les compétences de la CNAMTS et de l'UNCAM est manifeste dans certaines dispositions de la COG que l'Etat a signée avec la CNAMTS en août 2006. Son article 1.5.2 intitulé « faire évoluer, sur des bases scientifiques transparentes, la prise en charge des

181. Le conseil de l'UNCAM est composé de 18 membres, 12 membres désignés par le conseil de la CNAMTS en son sein dont le président, 3 membres désignés par le conseil d'administration du RSI en son sein dont le président, 3 membres désignés par le conseil d'administration de la CCMSA en son sein dont le président. Les présidents des trois caisses composent le bureau du conseil de l'UNCAM qui assure la permanence entre les réunions du conseil. Le collège des directeurs est composé des directeurs des trois caisses nationales. Le directeur de la CNAMTS dispose de deux voix et assure les fonctions de directeur général de l'UNCAM.

prestations les moins efficaces et favoriser une gestion cohérente des prix » concerne le champ de compétences de l'UNCAM.

C'est également dans la COG entre l'Etat et la CNAMTS que les deux parties s'engagent à faciliter l'installation des professionnels de santé dans les zones déficitaires alors que c'est l'avenant n° 20 à la convention médicale du 12 janvier 2005, négociée par le directeur général de l'UNCAM, qui fixe les aides apportées pour l'installation des praticiens dans les zones déficitaires.

Il conviendrait de clarifier les rôles que l'Etat a respectivement confiés à la CNAMTS et à l'UNCAM et par là même celui de l'Etat. Une solution, a minima, serait de transférer dans une convention entre l'Etat et l'UNCAM les engagements inclus à tort dans la COG de la CNAMTS.

La mise en place de l'UNCAM organise la coopération entre régimes au niveau national. Elle est également l'occasion de structurer la coopération interrégimes au niveau régional. L'UNCAM signe avec chaque URCAM un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion interrégimes ; le directeur général de l'UNCAM nomme et peut mettre fin aux fonctions des directeurs et agents comptables des URCAM (art. L. 183-2-3 et L. 183-3 CSS) après avis des directeurs des deux autres régimes et en l'absence d'opposition des deux tiers des membres du conseil de l'URCAM concernée.

II - La redistribution des responsabilités

La loi du 13 août 2004 réorganise la répartition des pouvoirs de décision, de régulation et d'expertise, ainsi que les modalités d'association à l'exercice de ces pouvoirs. Elle répond ainsi aux suggestions du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ainsi qu'aux critiques, notamment du MEDEF, qui s'était retiré des conseils d'administration au motif de la confusion des rôles entre l'Etat et les caisses d'assurance maladie.

Le législateur recentre l'action de l'Etat sur la détermination des objectifs et des principes généraux de l'assurance maladie, tout en lui conservant les moyens d'agir directement en cas de difficulté, en raison de sa responsabilité politique à l'égard des citoyens. Dès lors, il institue ou renforce des structures indépendantes chargées de participer notamment à la régulation des dépenses, mais sans leur conférer la plénitude des outils pour exercer leurs compétences. Enfin, il entend associer les organismes complémentaires et les professions de santé aux décisions qui les concernent.

A – Un transfert de compétences de l'Etat à l'UNCAM à portée limitée

En tant que gardien de l'ONDAM, l'UNCAM hérite de certaines compétences exercées précédemment par l'Etat, à savoir l'admission au remboursement des actes et prestations et la fixation du niveau des remboursements.

1 – La fixation du ticket modérateur

L'UNCAM détermine le niveau du ticket modérateur, du forfait hospitalier ainsi que la valeur du nouveau forfait par acte et par consultation.

Les pouvoirs de l'UNCAM sont cependant encadrés. Ainsi, les variations de taux de ticket modérateur autorisées à l'UNCAM sont strictement limitées par un décret du 30 décembre 2004, dit décret couloir, qui fixe des bornes supérieures et inférieures de variation de plus ou moins cinq points par rapport au taux de remboursement en vigueur lors de son adoption (art R. 322-1 du code de la sécurité sociale).

La loi du 13 août 2004 donnait compétence à l'UNCAM pour fixer, réduire ou supprimer la participation de l'assuré. Le législateur a rétabli dès 2006 la compétence de l'Etat pour réduire ou supprimer cette participation¹⁸². Cette modification a permis aux pouvoirs publics d'instaurer par décret la participation de 18 € réclamée à l'assuré pour les actes d'un montant supérieur à 91 €. Cette mesure est en effet juridiquement une réduction de la participation de l'assuré¹⁸³. Ce décret a été signé alors que la majorité des membres du conseil de l'UNCAM s'était prononcée défavorablement sur le projet dans un avis qui cependant ne liait pas juridiquement le gouvernement.

Mais ce sont surtout les conditions de la mise en œuvre de la compétence donnée à l'UNCAM de faire varier globalement les taux de remboursement qui posent question. Réduire de plusieurs points le taux de remboursement de telle catégorie d'actes ou de produits de santé serait une décision politiquement sensible car visant une part très importante de

182. Article 70 de la LFSS 2006 modifiant de nouveau les articles L. 322-2 et L. 322-3 du code de la sécurité sociale.

183. Le principe est le paiement d'un ticket modérateur proportionnel au tarif de base. Par dérogation, ce reste à charge n'était pas acquitté par l'assuré au-delà de 91 €. Cette dérogation a été supprimée et désormais la participation de l'assuré a été « réduite » à une participation forfaitaire de 18 € au-delà de ce seuil.

la population. Le ministre garde, il est vrai, le pouvoir de s'opposer aux décisions de l'UNCAM pour des motifs de santé publique.

Finalement, cette compétence n'a pas encore trouvé à s'appliquer.

2 – Les médicaments remboursables

La loi du 13 août 2004 transfère à l'UNCAM le choix du taux du ticket modérateur qui s'applique à chaque médicament délivré en officine. Ce transfert de compétence en lieu et place du ministre a pour intérêt de mettre en cohérence la responsabilité du gestionnaire et les outils dont il dispose.

Toutefois, dès lors que la décision est fonction du service médical rendu (SMR) déterminé par la commission de la transparence¹⁸⁴, il est possible de s'interroger sur l'apport de l'intervention de l'UNCAM. De surcroît, la détermination du prix auquel s'applique le taux de remboursement échappe à l'UNCAM puisqu'il est fixé par le comité économique des produits de santé (CEPS), en accord avec les laboratoires. Le CEPS est en principe encadré dans ses décisions par le classement comparatif opéré par la commission de la transparence en termes d'utilité relative¹⁸⁵ mais le déterminant essentiel reste bien la politique du médicament décidée par le Gouvernement.

Enfin, le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale conserve une compétence propre lorsqu'il s'agit de supprimer toute participation de l'assuré à l'acquisition d'une spécialité reconnue comme « irremplaçable et particulièrement coûteuse », c'est-à-dire prononcer un taux de remboursement du médicament à 100 %¹⁸⁶. Cette décision intervient après avis de la commission de la transparence. Le ministre peut également décider d'écarter l'avis de la commission de la transparence pour des raisons sociales.

Ainsi les transferts de compétences que le législateur réalise en matière de médicaments apparaissent-ils assez limités, puisque l'Etat

184. Commission spécialisée de la HAS qui évalue le SMR du médicament et le classe sur une échelle de 1 à 5 en fonction de critères uniquement médicaux. Le directeur de l'UNCAM fixe le taux de remboursement du produit en fonction de l'avis de la HAS : 65 % pour un SMR majeur, 35 % pour un SMR modéré ou faible en fonction de l'avis rendu par la commission de la transparence. Toutefois l'Etat et l'assurance maladie ont dans les domaines de compétence qui leur sont propres la possibilité juridique de ne pas suivre ces avis.

185. Amélioration du service médical rendu ou ASMR. Cf. chapitre IX relatif à la dépense de médicament.

186. Article R. 322-2, 1^{er} alinéa, du code de la sécurité sociale.

conserve l'essentiel des pouvoirs notamment celui de s'écarter des conclusions de la commission de la transparence.

3 – L'inscription à la nomenclature des actes et prestations

Dans la même logique que pour le médicament, la loi du 13 août 2004 a modifié les conditions d'inscription des actes à la nomenclature et les modalités de leur tarification¹⁸⁷.

La loi du 13 août 2004 transfère à l'UNCAM les compétences d'inscription et de radiation des actes et prestations autrefois exercées par l'Etat. Les décisions interviennent après avis de la HAS et de l'UNOCAM (v. infra). Toutefois l'Etat peut s'opposer à une inscription ou une radiation par un avis motivé. Il peut également inscrire et radier d'office pour des motifs de santé publique après avis de la HAS. Ce transfert assure aux partenaires conventionnels que les résultats des négociations seront intégralement pris en compte (dans le passé, la critique formulée était que l'Etat pouvait par des mesures de nomenclature perturber l'équilibre défini par les négociations conventionnelles tarifaires).

Cependant, l'UNCAM, qui a également hérité de la compétence de négociation et de signature des conventions avec les professionnels de santé, tend à fusionner ses compétences en matière conventionnelle avec ses compétences dans le champ des nomenclatures. Elle transfère de fait dans le champ de la négociation conventionnelle des pouvoirs précédemment détenus par l'Etat et que la loi du 13 août 2004 lui avait attribués.

B – Un renforcement des structures concourant à la régulation des dépenses

Initiée en 1993 avec la création de l'agence du médicament, la politique tendant à sortir de la sphère ministérielle les décisions à fort contenu scientifique ou technique a été renforcée par la loi du 13 août 2004 avec à la fois la création de la Haute Autorité de santé et l'élargissement des pouvoirs du CEPS. La création du comité d'alerte

187. Voir le chapitre VIII relatif aux médecins libéraux.

répond à une volonté analogue d'objectivité des constats et de transparence à l'égard de la population¹⁸⁸.

1 – La création de la HAS

La création de la Haute Autorité de santé revêt un caractère symbolique important. Le législateur entend instaurer une expertise scientifique impartiale qui objectiverait les décisions de l'administration.

La HAS est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale. Son instance délibérante est constituée d'un collège de huit membres désignés pour six ans à raison de deux par le Président de la République, deux par le président de l'Assemblée nationale, deux par le président du Sénat et deux par le président du Conseil économique et social. Les huit membres du collège sont désignés en raison de leur qualification et de leur expérience dans les domaines de compétence de la HAS. Quatre appartiennent au corps médical et quatre ont développé des compétences juridiques et économiques ou de gestion du système de santé.

L'action des membres du collège s'appuie sur une structure de près de 400 collaborateurs permanents dont une forte proportion provient d'instances qui préexistaient à la HAS.

Des compétences étendues

La HAS a remplacé l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) mais également le FOPIM¹⁸⁹ et repris des compétences exercées précédemment par d'autres structures, en particulier la commission de la transparence antérieurement rattachée à l'AFSSAPS. Son champ d'intervention est volontairement large comme le montre l'intitulé des sept commissions spécialisées qui la composent.

Une commission a en charge la certification des établissements de santé. Une autre doit concourir à l'amélioration de la qualité de l'information médicale et à sa diffusion. Une troisième est plus

188. Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), précédemment créé par un décret du 9 octobre 2003 pour évaluer le système de l'assurance maladie et proposer notamment des mesures financières relevait également de cette même logique. Il a été pérennisé par la LFSS 2006.

189. Le fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM) avait été créé par la LFSS pour 2001. Il avait pour objet de fournir aux professionnels de santé une information publique claire, précise et concise, validée scientifiquement, utilisable dans leur pratique quotidienne, sur le bon usage des médicaments

spécifiquement en charge des ALD. Enfin quatre commissions ont une mission d'évaluation des actes professionnels, des médicaments, des dispositifs et technologies de santé et des stratégies de santé.

L'étendue de ces attributions augmente les risques de compétences croisées avec d'autres structures et donc les nécessités de concertation. La loi (art L. 161-37 du CSS) prévoit explicitement que la HAS travaille en liaison avec l'AFSSAPS, l'INVS et l'AFSSA. Cette liste n'est pas limitative. La HAS travaille également avec l'INPES en matière d'éducation thérapeutique ou avec l'INCa, groupement d'intérêt public créé par la loi du 9 août 2004 afin de coordonner l'ensemble des actions de prévention et de traitement des pathologies du cancer.

Parfois, les structures peuvent s'accorder pour se répartir les travaux. Ainsi, les référentiels de bon usage des médicaments hors AMM ont vu leur élaboration partagée entre la HAS, l'INCa et l'AFSSAPS ; en 2006 la HAS a limité son rôle aux dispositifs médicaux afin de se consacrer à ses missions d'évaluation.

Dans d'autres cas l'Etat a pu décider de l'organisme qu'il saisit. Ainsi, lorsque certains dermatologues ont contesté la place qui leur était assignée dans le parcours de soins, c'est à l'INCa que le ministre a demandé d'expertiser si le recours obligatoire au médecin traitant avant la consultation d'un dermatologue augmentait les risques de moindre détection des mélanomes alors même que la HAS venait de publier une recommandation sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome.

Les compétences attribuées à la HAS ont été exercées avec d'autant plus de célérité qu'elles lui préexistaient, par exemple la certification des établissements de santé par l'ANAES ou l'évaluation des médicaments par la commission de la transparence. Mais les synergies entre les commissions, qui étaient un des motifs du regroupement de toutes les missions dans une seule structure, peinent à s'instaurer. A contrario, le traitement du dossier de l'ostéoporose pour lequel ont été intégrées les conclusions de l'évaluation de l'acte d'ostéodensitométrie, les conclusions de la réévaluation des médicaments et, en les actualisant, les recommandations de diagnostic, de traitement et de suivi est un exemple de l'approche intégrée que permet la HAS.

Par ailleurs, la question fondamentale de la place du critère économique dans les décisions continue à se poser comme l'illustre l'ambiguïté de la notion d'amélioration du service médical rendu (ASMR) qui repose sur une évaluation technique mais également sur des arbitrages économiques qui restent implicites (voir le chapitre IX).

Un rôle partagé entre régulation et expertise

Dans certains cas la HAS exerce en propre des pouvoirs décisionnels (certification des hôpitaux ou élaboration de référentiels) dans d'autres elle est sollicitée pour rendre des avis, en particulier en matière de médicaments, qui ne s'imposent pas juridiquement au Gouvernement. Enfin, ce dernier a la faculté de solliciter l'avis de la HAS sur un sujet ponctuel. Le ministre a ainsi confié à la HAS une réflexion sur les transferts de compétences entre les ophtalmologues et les opticiens, mais n'en a d'ailleurs pas attendu les conclusions pour modifier la législation (art. 54 de la LFSS 2007).

La HAS est ainsi confrontée à la difficile articulation entre avis scientifique et décision politique dans des termes qui ne sont pas fondamentalement différents de ce qu'ils seraient si elle n'était pas une haute autorité indépendante mais un établissement public. Toutefois, la durée du mandat des membres du collège et l'indépendance à l'égard de pressions politiques ou industrielles favorisent le développement de la confiance chez les professionnels et les usagers.

2 – Les nouveaux pouvoirs du CEPS

Le CEPS, placé auprès des ministres compétents, applique les orientations définies dans le cadre des LFSS en matière de fixation des prix des médicaments et autres produits de santé, de suivi des dépenses et de régulation du marché.

La loi du 13 août 2004 a transféré au CEPS des pouvoirs qui relevaient des ministres, plus particulièrement dans trois situations. Dans le cas où il faut imposer un prix après échec de la négociation avec le laboratoire, ce prix est désormais fixé par décision du comité. Le CEPS est également formellement responsable de la fixation des tarifs forfaitaires de responsabilité et non plus seulement de la préparation de la décision des ministres. Enfin le pouvoir d'opposition à la décision majoritaire du comité par un de ses membres, entraînant l'arbitrage des ministres disparaît. Les ministres conservent cependant le pouvoir de substituer leur décision à celle du comité dans un délai de 15 jours.

Avant la loi du 13 août 2004, le CEPS comprenait des représentants des administrations et un seul représentant des caisses d'assurance maladie. En faisant entrer quatre payeurs au comité, trois représentants des caisses d'assurance maladie et un représentant des

organismes complémentaires (UNOCAM), la loi tend à en déplacer le centre de gravité¹⁹⁰ sans bouleverser la logique de son fonctionnement.

3 – La création d'un comité d'alerte

Le comité d'alerte est composé de trois membres : le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale (nommé pour trois ans par le Premier président de la Cour des comptes), le directeur général de l'INSEE (nommé par le Gouvernement) et une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social. Le comité d'alerte n'a pas de service propre mais fonde son avis notamment sur les travaux et auditions des services de l'Etat et des caisses nationales.

Chaque année, au plus tard le 1^{er} juin, le comité rend un avis sur le respect de l'ONDAM. Lorsqu'il considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM de plus de 0,75 %¹⁹¹, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses d'assurance maladie, à charge pour ces dernières de proposer des mesures de redressement dans le délai d'un mois.

Le comité d'alerte n'est ni une instance de conseil scientifique, ni une instance dotée de pouvoirs de décision. Sa composition en fait un organe indépendant qui a l'obligation de faire état des risques de dépassement des objectifs. Il a pour mission de faire la transparence sur la situation financière de l'assurance maladie et d'amener les pouvoirs publics à prendre des décisions si le seuil d'alerte est atteint.

La simple annonce, en temps utile, de mesures de maîtrise des dépenses des hôpitaux, des cliniques et des médicaments (voir chapitre III C) a permis d'éviter la mise en oeuvre de la procédure d'alerte à l'automne 2006. En revanche, après avoir souligné dès avril 2007 qu'il existait un risque de dépassement de l'ONDAM, le comité d'alerte a déclenché le 29 mai 2007 la procédure d'alerte. Chaque caisse -CNAMTS, CCMSA et RSI- a proposé le 19 juin 2007 ses mesures d'économie pour un montant de 1,5 Md€ en année pleine, laissant à l'Etat la responsabilité de choisir entre ces mesures. Le comité d'alerte a estimé dans son avis du 29 juin 2007 le montant total d'économies compris entre 1,6 Md€ et 2,4 Md€ en année pleine, et entre 430 M€ et 800 M€ sur

190. Le CEPS est désormais composé outre un président et deux vice présidents de quatre représentants de l'Etat, de trois représentants des caisses d'assurance maladie et d'un représentant des organismes complémentaires.

191. Aux termes du décret du 12 octobre 2004 pris en application de l'article L. 114-4-1 du CSS.

l'année 2007. Il en a conclu que les mesures proposées sont insuffisantes pour que l'ONDAM soit respecté en 2007.

Sous la menace de l'intervention du comité d'alerte, le suivi des dépenses devient ainsi une préoccupation plus présente qu'elle ne l'était dans les travaux du conseil d'administration de la CNAMTS avant 2004.

C – Une association des organismes nouvellement créés qui peine à s'imposer

1 – La création de l'UNOCAM

Même si la part de dépenses de santé prise en charge par les organismes complémentaires n'a pas évolué ces dernières années, celle de l'assurance maladie étant globalement stable, cette stabilité cache des évolutions divergentes : davantage de personnes prises en charge à 100 % par l'assurance maladie et un moindre taux moyen de remboursement pour les autres. Il en résulte que la protection complémentaire revêt une grande importance pour une partie croissante de la population.

Dès lors, les décisions de retrait de l'assurance maladie ayant des conséquences importantes pour l'équilibre financier des institutions complémentaires et les droits de leurs adhérents, il était légitime que les organismes d'assurance maladie complémentaire soient associés aux décisions.

La loi du 13 août 2004 a donc érigé les organismes complémentaires en acteurs institutionnels de la couverture maladie. Elle crée une structure associant à la gouvernance de l'assurance maladie les différentes familles d'organismes complémentaires. L'union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) regroupe ainsi les mutuelles, les assureurs santé, les institutions de prévoyance et l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. C'est une association de la loi de 1901 ; son premier conseil s'est tenu le 2 juin 2005.

L'UNOCAM est ou peut être, suivant les cas, associée ou consultée aux décisions relatives à l'assurance maladie. L'union est consultée sur les décisions d'inscription d'un acte sur la liste des prestations ouvrant droit au remboursement et peut saisir la HAS. Les organismes complémentaires disposent d'un représentant au sein du comité économique des produits de santé (CEPS). L'UNOCAM peut « en accord avec les organisations syndicales représentatives concernées » (art L. 182-2) associer l'UNOCAM à la négociation et à la signature

d'accords, contrats ou conventions. La LFSS 2006 poursuit cette reconnaissance institutionnelle en instaurant la consultation de l'UNOCAM sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

L'association de l'UNOCAM à la gouvernance de l'assurance maladie reste toutefois limitée. Ses avis négatifs ou réservés en matière d'inscription et de hiérarchisation des actes ont jusqu'à présent été systématiquement écartés.

Si l'UNOCAM n'a pu être associée à la négociation de la convention avec les médecins signée avant sa création effective, elle n'a pas davantage été associée à la négociation avec les dentistes malgré l'implication importante des organismes complémentaires dans le financement de ce poste et la volonté explicitement exprimée par le conseil de l'UNOCAM de la voir participer à cette négociation. Cette absence est une conséquence du droit accordé aux syndicats médicaux de s'opposer à la présence des organismes complémentaires à la négociation¹⁹². On peut regretter ce droit d'opposition dès lors que les organismes complémentaires sont financièrement concernés par les résultats des négociations. Toutefois une association systématique et obligatoire des organismes complémentaires aurait pu conduire à multiplier les situations de blocage et rendre quasi impossible la vie conventionnelle.

De plus, l'UNOCAM n'est pas dans une situation identique à celle de l'assurance maladie obligatoire ou des syndicats médicaux. Ses limites tiennent à sa nature d'association regroupant des fédérations ou unions porteuses de stratégies et d'objectifs divergents et qui ne disposent pas elles mêmes de pouvoirs contraignants sur leurs membres, lesquels sont en position concurrentielle sur le terrain. Dès lors que les organismes complémentaires ne sont pas engagés par les décisions de l'UNOCAM, il paraît difficile de les associer dans des conditions strictement équivalentes à celles de partenaires auxquels les décisions s'imposent. Aussi, les décisions ou les avis de l'UNOCAM restent-ils d'une portée symbolique et la participation des organismes complémentaires au fonctionnement de l'assurance maladie est pour l'instant subsidiaire.

2 – L'union nationale des professions de santé

Sa création résulte d'un amendement parlementaire visant à associer les professions de santé à l'image de ce que la loi prévoyait pour les organismes complémentaires. L'union nationale des professions de santé (UNPS) regroupe sous forme d'association les représentants de

192. Article 182-2 du CSS (article 55 de la loi du 13 août 2004).

l'ensemble des professions de santé libérales¹⁹³. Les membres sont nommés pour cinq ans sur proposition de l'organisation syndicale qu'ils représentent.

Les attributions de l'UNPS prévues par la loi sont limitées. D'une part, l'UNPS examine annuellement un programme annuel de concertation avec l'UNCAM et l'UNOCAM. D'autre part, l'UNPS émet des avis sur les propositions de décisions de l'UNCAM relatives au ticket modérateur et aux participations forfaitaires.

L'UNPS bénéficie d'atouts en raison de la transversalité de sa composition qui la démarque des syndicats organisés par profession, des ordres et des URML. Pour autant, cette transversalité a pour l'instant été employée à la défense d'intérêts financiers catégoriels, par exemple la demande de l'extension à d'autres professions de l'allocation spéciale vieillesse des médecins. Cependant, cette transversalité pourrait également être mise à profit pour décloisonner l'approche de certains dossiers : permanence des soins, effets des évolutions démographiques, délégation de compétences entre professions, par exemple.

3 – La création de l'institut des données de santé (IDS)

Le groupement d'intérêt public institut des données de santé (IDS) a deux principales missions : d'une part, veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie et, d'autre part, mettre à disposition des données à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, dans le respect du principe d'anonymat.

Les partenaires n'ayant pu s'accorder sur un objectif ambitieux « d'INSEE de la santé », c'est la solution d'une structure légère qui a été retenue. Elle devrait notamment permettre la mise en commun de données entre les régimes obligatoires et complémentaires et l'élaboration de méthodologies partagées pour la constitution d'échantillons d'assurés.

Alors que le conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie (COTSAM) a été dissous dès octobre 2004, il a fallu plus de trois ans pour que les partenaires s'accordent sur les termes d'une convention constitutive du GIP IDS¹⁹⁴. Ces retards sont emblématiques des difficultés récurrentes rencontrées pour les échanges d'information entre régime général et organismes complémentaires. Si ceux-ci doivent

193. L'UNPS est composée de 46 représentants (art R 182-3) désignés par 24 organisations proportionnellement à la démographie des professions de santé représentées.

194. Son assemblée générale constitutive s'est tenue le 30 mars 2007.

être acteurs de la gestion du risque, l'accès aux données relatives aux prescriptions doit leur être accordé. Mais le caractère sensible de ces données et la nécessité de traiter également des acteurs de l'économie sociale et de l'économie de marché ont handicapé depuis longtemps les échanges d'informations.

III - L'extension du champ de la négociation conventionnelle

La loi du 13 août 2004 a redéfini les rôles respectifs des syndicats, de l'assurance maladie et de l'Etat dans la mise en œuvre des objectifs de dépenses fixés par la LFSS.

A – Les professionnels de santé sont reconnus comme acteurs essentiels de la gouvernance de l'assurance maladie

Au motif qu'aucune réforme de l'assurance maladie ne peut se faire sans eux, la loi du 13 août 2004 accorde aux professionnels de santé un rôle essentiel dans le processus de décision. Selon son premier article, les professionnels de santé veillent avec les régimes d'assurance maladie « à la continuité, à la coordination et à la qualité des soins offerts aux assurés, ainsi qu'à la répartition territoriale homogène de cette offre. Ils concourent à la réalisation des objectifs de la politique de santé publique définis par l'Etat ».

L'importance de la place attribuée aux professionnels de santé se traduit concrètement dans plusieurs dispositions. L'article 8¹⁹⁵ de la loi étend le champ des négociations conventionnelles avec les syndicats de médecins à la coordination des soins et à la détermination des modalités permettant aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonné. Son article 49¹⁹⁶ associe les professionnels de santé à la définition des dispositifs d'aides à l'installation et prévoit même que les modalités de calcul et la répartition de la charge financière de ces aides entre les régimes relèvent également du champ des conventions (cf. chapitre VIII relatif aux médecins libéraux).

195. Complétant l'article L. 162-5 du CSS.

196. Modifiant l'article L. 162-14-1 du CSS relatif aux dispositions communes aux conventions avec les professions de santé.

Une place aussi essentielle des dispositions conventionnelles dans l'organisation du système de soins présente le risque de subordonner cette organisation aux objectifs d'optimisation des revenus, ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux. Le parcours de soins, dispositif essentiellement conventionnel, illustre les dangers d'une excessive association des professionnels de santé à l'organisation du système de soins : habillage scientifique de revalorisations tarifaires, illisibilité de ce qui devrait être une réglementation compréhensible par tous (voir le chapitre VIII).

La Cour a déjà souligné en 2003 le champ excessif des conventions signées entre l'assurance maladie et les professions de santé¹⁹⁷. Ces nouvelles extensions la conduisent à formuler la même conclusion et à proposer de recentrer les négociations conventionnelles sur leur objet initial de tarifs et de revenus.

B – L'UNCAM est délégataire du pouvoir de négociation conventionnelle

Jusqu'en 2004, la négociation et la signature des conventions constituaient une des prérogatives essentielles des présidents des conseils d'administration¹⁹⁸ des trois principaux régimes d'assurance maladie, la place de la CNAMTS étant évidemment majeure. La loi du 13 août 2004 a confié cette mission à l'UNCAM, le conseil de la CNAMTS n'ayant plus que le pouvoir de déterminer des orientations qui ne concernent pas les conventions.

Le conseil de l'UNCAM fixe les orientations relatives à la négociation des accords et conventions. Le collège des directeurs définit le mandat du directeur général, lequel n'est pas porté à la connaissance du conseil de l'UNCAM. Le directeur général négocie et l'Etat approuve les conventions, soit par arrêté, soit tacitement passé le délai de 21 jours, leur conférant ainsi leur caractère réglementaire. Il peut également s'y opposer en tout ou partie dans un délai de 21 jours. Les motifs de cette opposition ont été réduits après la loi du 13 août 2004 à la non conformité aux lois et règlements en vigueur, aux motifs de santé publique, de sécurité sanitaire ou lorsqu'il est porté atteinte aux principes d'un égal accès aux soins. La non conformité aux lois et règlements en vigueur a ainsi conduit les

197. Voir le rapport sur la sécurité sociale de septembre 2003 pp. 207 et 208.

198. Ceci ne résultait pas formellement des textes, ceux-ci accordant les pouvoirs aux caisses nationales, en précisant rarement qui du conseil d'administration ou du directeur était chargé de les exercer. La loi du 13 août 2004 a corrigé cette lacune pour la seule CNAMTS.

pouvoirs publics à disjoindre dans leur arrêté d'approbation de l'avenant n° 1 à la convention du 10 janvier 2005 une disposition par laquelle les partenaires conventionnels avaient manifestement adopté des mesures relevant de la compétence de l'Etat seul sur les contrats « responsables ». Par contre, l'Etat ne peut plus s'opposer pour un motif tenant au coût des mesures négociées, compte tenu de la nécessité de respecter l'ONDAM. Il faut toutefois remarquer que dans la période récente, l'Etat a plutôt incité à la dépense qu'à l'économie (secteur optionnel, valeur du C à 23 €¹⁹⁹). La protection juridique dont bénéficie le directeur général nommé pour cinq ans et surtout qui ne peut être démis de ses fonctions qu'avec l'accord des deux tiers du conseil de la CNAMTS constitue un puissant atout pour résister aux demandes contingentes.

La responsabilité qui pèse sur le seul directeur général est lourde puisqu'il doit tout à la fois défendre l'ONDAM, l'organisation du système de soins et les assurés. Mais le risque existe manifestement que la défense des intérêts des assurés trouve plus difficilement sa place dans des négociations conventionnelles aux contours si larges.

Ainsi, la dispense d'avance de frais dont bénéficiaient les assurés dans le cadre de l'option conventionnelle médecin référent n'a pas été évoquée avant l'avenant n° 18 du 7 février 2007, alors même que l'institution du médecin traitant, en se substituant au dispositif du médecin référent, faisait disparaître cet avantage.

C – Le rôle de l'Etat doit être mieux défini

L'Etat n'attend certes pas la phase ultime de la validation des conventions pour intervenir. Les services du ministère font connaître leur analyse à l'UNCAM lors de la négociation sans toutefois toujours être entendus. Ainsi, dès décembre 2004, la direction de la sécurité sociale avait relevé la complexité des dispositions qui seront retenues par la convention de janvier 2005 ou les risques que comportait une rémunération des médecins généralistes sur le fondement des ALD.

Le programme même des négociations échappe à la compétence de l'Etat. Ceci serait logique si le champ des conventions était limité aux questions tarifaires. Mais il apparaît incohérent de déléguer beaucoup de pouvoirs aux partenaires conventionnels pour les reprendre ensuite par des dispositions législatives spécifiques. C'est pourtant ce qui s'est produit avec l'art. 103 de la LFSS 2007 à propos de la convergence entre médecins traitants et médecins référents.

199. Voir le chapitre VIII – les médecins libéraux : démographie, revenus et parcours de soins.

De même, l'idée selon laquelle la régulation économique de la dépense de rémunération des professionnels devrait être adossée à des indicateurs objectifs et confiée aux partenaires, ne semble pas encore dominer sans partage. Il est vrai que soumettre à la logique conventionnelle des questions qui, par nature, devraient relever davantage de la responsabilité de la puissance publique expose ensuite à des ingérences politiques, justement sur des sujets relevant en principe de la négociation entre prestataires et assureurs.

Pour cette raison et pour éviter le risque de confusion induite, les questions touchant notamment aux droits des malades, à l'accès aux soins et à la permanence des soins doivent rester de la compétence principale de l'Etat (cette compétence devrait s'exercer, bien entendu, en association avec tous les partenaires concernés).

SYNTHÈSE

La loi du 13 août 2004 a affiché la volonté de doter chaque intervenant de responsabilités bien définies, mais le succès de cette orientation dépendait de la pertinence de la répartition des compétences entre les acteurs. Elle nécessitait notamment l'octroi à l'assurance maladie des outils nécessaires à l'exécution de sa mission de gestion des enveloppes de l'ONDAM et un renforcement de la coordination des régimes d'assurance maladie.

Des aspects de cette réforme semblent être établis durablement comme la hiérarchisation du réseau de l'assurance maladie et la création d'une structure assumant le rôle stratégique de négociation avec les professions de santé. Toutefois, l'équilibre entre les principaux acteurs, et singulièrement entre l'Etat et les professionnels de santé, n'a pas encore été trouvé.

RECOMMANDATIONS

17. Transférer dans un document conventionnel entre l'Etat et l'UNCAM les dispositions relatives à l'organisation des soins intégrées pour l'instant dans la COG de la CNAMTS.

18. Recentrer les négociations conventionnelles entre l'assurance maladie et les syndicats de médecins sur leur objet initial de tarifs et de revenus (recommandation réitérée).
