

# Analyse détaillée de l'avant-projet de loi de réforme de l'assurance maladie

## Présentation

*Dès que nous avons eu connaissance du projet de loi, nous en avons rendu publique une analyse.*

*Mais il nous est paru intéressant d'en effectuer une analyse approfondie, article par article. La En effet, à la lecture, il apparaît que presque tous les articles sont importants.*

*Cette analyse permet d'étayer les appréciations que nous avons déjà formulées : **c'est une réforme purement comptable, et qui, paradoxalement, n'est pas financée.***

- *Si elle comporte certaines mesures qui dans certaines conditions pourraient contribuer à une meilleure organisation du système de soins, elle est pour l'essentiel fondée sur la culpabilisation des assurés sociaux et la mise en place de mesures répressives : c'est la méthode Sarkozy/Perben appliquée à l'assurance maladie.*
- *Elle organise une étatisation du pilotage du système.*
- *Les mesures de financement sont particulièrement inéquitables : on demande 10 fois plus aux assurés sociaux qu'à l'Etat et aux employeurs, et en même temps la réforme n'est pas financée.*

*Au total, cette analyse montre **que loin d'être seulement le 17<sup>ème</sup> plan de redressement, cette réforme organise un changement de système.***

\*

\* \*

## Ce que le projet ne contient pas

Avant d'analyser en détail le contenu du projet, il est nécessaire de mentionner ce qu'il ne contient pas :

- il n'y a **rien sur l'hôpital**, à l'exception de la création d'un comité de l'hospitalisation (ce qui ne constitue guère une surprise) ;
- **rien également sur la dimension la santé au travail de la prévention** ;
- **le projet ne mentionne pas l'obligation de négocier sur les cotisations patronales**, que le directeur de cabinet du ministre Frédéric Van Rookeghem<sup>1</sup> indiquait pourtant vouloir inscrire dans le projet lors de la dernière multilatérale (la réunion marathon de la nuit des 24 et 25 mai) ;
- le point le plus important est que **le projet ne comporte aucune disposition sur la réforme des lois de financement de la sécurité sociale**, qui ont fait l'objet de l'un des groupes de travail de la concertation organisée par Mattei, et qui était mentionnée dans le questionnaire transmis lors de la première multilatérale. Par ailleurs, le projet de loi fait référence aux objectifs pluriannuels des lois de financement, ce qui implique une réforme des lois de financement actuelles. Ce

---

<sup>1</sup> Dans la suite de la note, nous désignons le directeur de cabinet par le sigle « FVR », le ministre P. Douste-Blazy par les lettres « PDB ».

n'est pas non plus surprenant, puisque les lois de financement constituent, d'un point de vue constitutionnel, des lois organiques qui doivent être adoptées selon des procédures particulières<sup>2</sup>. La réforme de l'assurance maladie supposera donc au moins 2 lois distinctes, et vraisemblablement 3 ou 4 : le présent projet de loi, la réforme des lois de financement par une loi organique, le PLFSS 2005, et sans doute la loi de finances pour 2005<sup>3</sup>.

## **Préambule**

Le projet de loi s'ouvre par un article 1 visant à réaffirmer les principes d'une assurance maladie obligatoire et solidaire, où chacun contribue en fonction de ses ressources et est soigné en fonction de ses besoins, sans considération d'âge d'état de santé ou de lieu de résidence. Cet article affirme que l'assurance maladie fait bénéficier chacun du progrès médical, et concourt à la réalisation d'objectifs de santé publique.

Il affirme aussi que l'usage des ressources doit être efficient.

Cet article, qui vise essentiellement à un affichage politique du respect par la réforme des principes de 1945, est sans portée pratique. C'est d'ailleurs le seul à ne pas être intégré au code de la sécurité sociale ou à un autre code (code de la santé publique par exemple). La réforme des retraites s'ouvrirait par 3 articles similaires.

## **Organisation du système de soins (titre I)**

Cette première partie n'a quasiment pas fait l'objet de discussions lors de la concertation. Le dossier remis lors de la réunion marathon de la nuit des 24/25 mai comportait 3 fiches sur l'organisation du système de soins sur un total de 21.

Alors que cette partie était présentée comme la plus consensuelle par FVR et aurait pu faire l'objet d'une discussion sérieuse sur l'amélioration de l'efficacité du système de soins (autour de sujets comme la prévention, la santé au travail, la coordination ville/hôpital, la formation médicale continue, l'évaluation des pratiques médicales etc., mais aussi par exemple le dossier médical partagé ou le médecin pivot), le gouvernement fait le choix de présenter une batterie de mesures stigmatisant les patients, et comportant un volet répressif dominant. A la lecture de ce texte, on a l'impression que la hausse des dépenses de santé s'expliquerait avant tout par la fraude, alors que le rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie montrait que la hausse des dépenses de santé avait des causes structurelles et que tous les observateurs s'accordent à reconnaître que les fraudes ont un poids marginal dans la hausse des dépenses d'assurance maladie.

### ***Le dossier médical partagé***

C'est la mesure phare de Douste-Blazy, qui en attend à terme, en lien avec le médecin traitant, une économie de 3,5 Mds €

Cette mesure pose toute une série de problèmes :

- quel serait le contenu de ce dossier médical ? La CGT s'était prononcée pour un dossier de suivi médical, comportant l'ensemble des informations médicales

---

<sup>2</sup> En particulier, elles doivent être votées dans les mêmes termes par les 2 assemblées. On ne peut recourir à la formule de la Commission mixte paritaire.

<sup>3</sup> Qui traitera non seulement de transferts de ressources comme la taxe sur les tabacs, et peut-être également l'aide fiscale aux complémentaires (voir infra).

nécessaires pour soigner le patient à un moment donné<sup>4</sup>. Le projet se prononce pour l'inscription au dossier médical de l'ensemble de la biographie médicale de l'assuré ;

- quelle protection des données informatisées ? ce qui pose la question du support informatique retenu. A priori, Internet, mais peut-être aussi la puce de la carte Vitale, ce que suggèrent certaines déclarations des ministres ;
- le projet gouvernemental prévoit que le patient restera propriétaire des données, et pourra donc décider de ne pas laisser le médecin y accéder. Mais s'il ne laisse pas le médecin y accéder, il sera moins remboursé ;
- enfin, la mise en place d'un projet aussi lourd sera nécessairement long et complexe. Les exemples précédents, du carnet de santé papier à la carte Vitale, en passant par le GIP MDS dans le domaine du recouvrement des cotisations, montrent qu'il y a loin entre une décision politique et sa mise en œuvre pratique, surtout si elle implique des traitements informatiques lourds et coûteux, et la coopération de nombreux acteurs.

### ***Protocolisation des ALD***

Il s'agit d'une mesure évoquée par J.F. Mattei et le plan stratégique de la CNAM, mais jamais traitée dans la concertation.

Un patient en ALD devait déjà se soumettre à un protocole de soins, en contrepartie de quoi il était pris en charge à 100%. Cette condition est durcie, puisque celui-ci devra à l'avenir signer le protocole de soins, et tout médecin certifier sur la feuille de soins qu'il a pris connaissance du protocole et l'a respecté. Dans la pratique, cela signifie que le remboursement à 100%, non seulement ne portera que sur les soins liés à la maladie principale (il ne sera pas pris en charge à 100% pour la grippe), mais (ce qui est beaucoup plus grave) qu'il ne sera pas pris en charge en cas de soins non prévus par le protocole.

Pour la CGT, la protocolisation ne doit être mise en œuvre que lorsque le pronostic vital est en cause. En outre et même dans ce cas, en fonction de l'état du patient, il peut être nécessaire de s'écarter du protocole, ce que cette disposition interdira.

En outre, le même article ouvre la possibilité à un décret, sur proposition de l'UNCAM et après avis de la Haute autorité de santé, de réserver le remboursement à 100% aux patients en ALD s'inscrivant dans un réseau de soins.

### ***Médecin traitant***

C'est l'autre mesure emblématique de PDB.

Le projet prévoit l'obligation pour tout assuré social d'au moins 16 ans d'indiquer à sa caisse d'assurance maladie l'identité de son médecin traitant, avec l'accord de ce dernier.

S'il ne respecte pas cette procédure, il sera moins remboursé.

Par ailleurs, s'il va voir un spécialiste sans être passé par son médecin traitant, ce dernier sera autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Les conditions pratiques de mise en œuvre de cette disposition seront fixées par la convention médicale.

---

<sup>4</sup> Pour soigner quelqu'un atteint d'un cancer, on n'a pas besoin de savoir qu'il a fait une tentative de suicide il y a 20 ans.

Cet article soulève de nombreuses interrogations :

- quelles différences avec le médecin référent du plan Juppé ?
- sera-t-il possible de changer de médecin traitant, selon quelle périodicité et quelles modalités ?
- que se passera-t-il si l'assuré ne trouve pas de médecin acceptant d'être le médecin traitant (cas des patients difficiles) ?
- Comment sera gérée une situation où de très nombreux assurés sociaux, qui n'ont pas actuellement de médecins de famille, devront trouver un médecin traitant, alors que de très nombreux médecins connaissent déjà une surcharge de travail importante ?

### **Accords communs à plusieurs professions**

L'article 6 du projet de loi prévoit que des accords pourront être signés entre plusieurs professions de santé sur des sujets transversaux. Actuellement, les conventions médicales sont spécifiques à chaque profession. Ces accords permettront de conclure l'équivalent des accords interprofessionnels du droit du travail. Reste à mieux identifier les sujets dont traiteraient ces accords. On peut penser par exemple à la formation médicale continue.

### **Contractualisation des bonnes pratiques**

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, les URCAM<sup>5</sup> peuvent passer des accords avec les professionnels de santé dans une aire géographique définie. Ces accords peuvent porter sur des sujets comme l'évaluation des pratiques médicales, la mise en œuvre des références médicales, la gestion du dossier du patient, la prévention etc.

Cet article prévoit que des complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies d'assurance) pourront être parties à ces accords.

Le même article prévoit la possibilité de conclure des accords en vue d'améliorer les pratiques hospitalières entre l'Etat, l'UNCAM et les fédérations représentatives des établissements de santé. Ces accords pourront prévoir un dispositif d'intéressement des établissements, qui pourront se voir reverser les économies réalisées.

Enfin, il prévoit que les contrats signés entre les ARH et les établissements de santé intègrent « *des objectifs médicalisés d'évolution des pratiques* ».

L'expérience de la gestion actuelle de l'hôpital public nous rend particulièrement critiques à l'égard de ces dispositions qui risquent de s'inscrire une nouvelle fois dans une politique de restriction des moyens. Ainsi, les objectifs médicalisés peuvent par exemple consister à fermer des structures qui ont un nombre insuffisant de lits ou pratiquent un nombre limité d'actes, ce qui risque de conduire à de nouvelles fermetures de structures hospitalières au moment où PDB assure vouloir préserver les hôpitaux de proximité.

### **Evaluation pratique professionnelle des médecins**

L'article 8 du projet institue une obligation « *d'évaluation des médecins et d'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle* » .

---

<sup>5</sup> Unions régionales des caisses d'assurance maladie, qui regroupent les CRAM avec les structures locales de la CANAM et e la MSA

Pour la CGT, évaluation et formation médicale continue sont indissociables. S'il est positif que le projet institue une obligation d'évaluation des médecins, il est regrettable que le texte n'institue pas une obligation équivalente en matière de formation médicale continue.

### ***Information des assurés sociaux***

L'article 9 prévoit une information des assurés sociaux par l'assurance maladie sur les pratiques des médecins, concernant notamment leur adhésion à des accords de bon usage des soins, les réseaux de soins et la formation médicale continue.

Cette disposition est plutôt une bonne chose.

### ***Liquidation médicalisée***

Avec l'article 10 consacré à la liquidation médicalisée, on entre dans le volet répressif de la première partie du projet de loi. C'est la méthode Sarkozy/Perben appliquée à l'assurance maladie.

L'article 10 prévoit que les caisses d'assurance maladie vérifient, au moment du remboursement que les actes et les médicaments prescrits correspondent bien aux critères de remboursement, tant en ce qui concerne les actes médicaux que les médicaments prescrits, et que les arrêts maladie sont médicalement justifiés. Cette vérification doit porter également sur le respect des références médicales, et le cas échéant, les accords de bonne pratique.

En soi, il n'est pas choquant, et il est conforme à la vocation de l'assurance maladie, que celle-ci vérifie au moment de la liquidation que les conditions d'admission au remboursement sont bien réunies. Cela est de moins en moins fait du fait des insuffisances d'effectifs.

La CGT partage l'idée de renforcer les moyens du contrôle par l'assurance maladie, à condition que ce renfort porte sur les moyens médicalisés et non sur un renforcement du contrôle administratif.

Dans la rédaction proposée, le risque est que le contrôle évolue vers une protocolisation obligatoire et systématique des actes médicaux.

### ***Forfait par feuille de soins***

C'est la « participation symbolique » chère à Raffarin.

Il est institué un forfait par feuille de soins, initialement fixé à 1 € Ainsi qu'on le verra par la suite, ce forfait ne peut être pris en charge par la complémentaire, sauf à perdre ses avantages fiscaux ou sociaux. C'est le retour du ticket modérateur d'ordre public que R. Barre avait tenté d'instituer à la fin des années 70.

Il sera d'abord fixé par décret. Il sera ensuite arrêté par l'UNCAM lorsque celle-ci aura été constituée.

Les mineurs, ainsi que les assurés bénéficiant de la CMUC en seront dispensés.

Ce dispositif est d'abord motivé par des raisons idéologiques. La forte croissance des dépenses de santé serait motivée par le sentiment de quasi gratuité des soins des assurés sociaux, liée en particulier au tiers payant. Il faudrait que l'assuré soit frappé à son porte-monnaie pour être économe de ses soins<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Pour faire justice à cet argument, rappelons que, d'après le Haut conseil estime que 15% des assurés sociaux exposent moins de 40 € de dépenses par an, et 25% moins de 150 € par an.

En réalité, et les assurés sociaux le savent bien avec l'expérience du forfait hospitalier, cet Euro symbolique sera amené à croître régulièrement : dans quelques années il n'aura plus rien de symbolique mais sera au contraire un réel obstacle aux soins<sup>7</sup>.

Le même article prévoit que ce forfait par feuille de soins s'applique à l'Alsace-Moselle, au consultations de maternité et aux accidents du travail.

### **Carte Vitale**

Dans la continuité des scandaleuses déclarations du ministre sur les 10 millions de fausses cartes Vitale, le projet prévoit la possibilité de demander sa carte d'identité à un patient dans les établissements de soins. Si le lien identité/ accès aux soins n'est pas en soi condamnable (continuité des soins, liens entre professionnels de santé etc.), la loi doit pas contre clairement acter que cette concordance ne peut donner lieu, ni à un contrôle de type policier, ni à un refus d'accès aux soins<sup>8</sup>

L'exposé des motifs précise qu'un décret prévoira une photographie lors du renouvellement de la carte Vitale.

La photo sur la carte Vitale est une marotte de PDB, bien qu'il convienne en privé que ça ne sert à rien. Selon l'IGAS, la proportion de la fraude est de 1/100.000. Par ailleurs, le coût informatique de la photo sur la carte Vitale serait très élevé.

Par ailleurs, dans l'attente de la mise en place du dossier médical partagé, les médecins et établissements de soins pourront accéder, via la carte Vitale, aux informations sur les soins remboursés par l'assurance maladie à l'assuré.

### **Dispositifs de sanctions**

Les articles 13 à 16 comportent toute une batterie de sanctions, pesant principalement sur les patients, et concernant essentiellement les arrêts maladie.

Le texte prévoit ainsi :

- un dispositif d'amendes administratives pouvant frapper les professionnels de santé, les établissements de soins ou les assurés sociaux et ayant abouti à des remboursements indus. Cette serait infligée par le directeur de la CPAM, après avis d'une commission, et pourrait faire l'objet d'un appel devant le tribunal de la sécurité sociale. La procédure employée serait vraisemblablement identique à celle employée par les URSSAF en cas de redressement de cotisations ;
- Un médecin prescrivant des arrêts maladie non médicalement justifiés, ou prescrivant un nombre d'arrêts maladie anormal par rapport à la moyenne régionale pourra être mis sous surveillance pour une durée de 6 mois maximum par le contrôle médical. Dans ce cas, les arrêts maladie qu'il prescrit devront obtenir l'accord préalable du contrôle médical. En outre, le directeur de la caisse pourra décider que les arrêts maladies ordonnés par un médecin qui donne des arrêts médicalement injustifiés ne seront pas pris en charge par l'assurance maladie ;
- Dans le cas d'arrêts maladie injustifiés, la Caisse informera l'employeur de la suspension du versement des indemnités journalières ;

---

<sup>7</sup> Le forfait hospitalier était d'environ 3 € au moment de son institution par Bérégovoy en 1982. Il va passer à 14 € en 2004, et le secrétaire d'Etat X. Bertrand annonce qu'il augmentera d'un € par an d'ici 2007.

<sup>8</sup> Ceci pose notamment la question de la situation des sans-papiers. Ce problème s'était déjà posé avec la question du lien entre les fichiers sociaux et fiscaux.

- En cas d'arrêt maladie non médicalement justifiés, la caisse pourra demander le remboursement des indemnités déjà perçues ;
- Actuellement, seuls les arrêts maladie de plus de 6 mois sont systématiquement contrôlés. A l'avenir, les arrêts maladie de moins de 6 mois, mais fréquemment renouvelés, feront également l'objet d'un contrôle systématique ;
- Les avis d'arrêt maladie devront comprendre toutes les données devant favoriser le contrôle de l'assuré.

L'ensemble de ces dispositions appelle plusieurs remarques :

- cette partie du projet de loi accrédite l'idée que la croissance des dépenses s'explique avant tout par la fraude des assurés sociaux (cela rejoint la question de la carte Vitale). S'il est incontestable que des comportements de fraude existent, toutes les études montrent qu'ils constituent une cause marginale de croissance des dépenses ;
- Le projet de loi paraît faire une fixation sur les arrêts maladie. Or, si les IJ connaissent une croissance rapide, concentrée sur les travailleurs âgés (plus de 50 ans et surtout plus de 55 ans), celles-ci représentent une proportion modeste des dépenses d'assurance maladie : en 2002, les IJ représentaient environ 7% des dépenses de la CNAM ;
- La CNAM estime à 6% les arrêts de travail non médicalement justifiés. De son côté le cabinet du ministre estime, dans l'un des documents remis lors de la concertation à 800 M € les gains qui seraient réalisés par une augmentation des contrôles, ce qui représente plus de 10% des IJ actuelles de l'ensemble des régimes d'assurance maladie. Cela représenterait donc entre un doublement et un triplement des arrêts maladie injustifiés.
- La CNAM semble attendre d'un renforcement des contrôles une diminution importante des IJ. Or, tous les arrêts de plus de 6 mois sont systématiquement contrôlés, et les autres ont une probabilité de 0,5% de l'être. Statistiquement, cette fréquence des contrôles doit être suffisante. Un doublement des contrôles (passer par exemple de 0,5% à 4%) devrait conduire à une faible hausse des arrêts médicalement injustifiés (en vertu de la loi des grands nombres), sauf naturellement à durcir les critères des arrêts non médicalement justifiés. Notons en passant que le directeur de la CNAM D. Lenoir semble penser qu'une intensification des contrôles augmenterait fortement la proportion d'arrêts maladie injustifiés. Quand on sait qu'il ne semble pas exister un document relatif au bilan du contrôle médical national<sup>9</sup>, on se demande sur quelles bases il étaye sa conviction ;
- S'il existe incontestablement des arrêts médicalement injustifiés, il faut noter que la sanction de ces abus repose pour l'essentiel sur les assurés sociaux, et cela est aggravé par le projet de loi, avec la disposition imposant à la CNAM de notifier la suspension des IJ à l'employeur<sup>10</sup>, et par la possibilité donnée à la CNAM de récupérer les IJ indues<sup>11</sup> ;

<sup>9</sup> Il existe dans la branche ATMP, mais pas dans la branche maladie.

<sup>10</sup> Avec des conséquences qui peuvent être gravissimes, des arrêts médicalement injustifiés pouvant constituer une cause réelle et sérieuse de licenciement.

<sup>11</sup> Ce n'est pas parce que l'arrêt de travail est injustifié au moment du contrôle qu'il l'était forcément au moment de la prescription. Ce cas semble fréquent dans les arrêts de longue durée.

- Le mécanisme de mise sous contrôle des médecins gros prescripteurs peut générer des effets pervers. Le texte parle de médecins prescrivant significativement plus que la moyenne, mais que faut-il entendre par significativement plus que la moyenne ? Le risque est que la moyenne devienne une norme que chaque médecin s'efforcera de suivre, alors que précisément la population qu'il traite présente des caractéristiques différentes de la moyenne régionale (zones socialement défavorisées par exemple).

Par ailleurs, l'article 27 du projet de loi confie un pouvoir de sanction financière à l'encontre des établissements hospitaliers qui ne respecteraient pas les règles de tarification, confié à la Commission exécutive de l'ARH, pouvant aller jusqu'à 5% des recettes provenant de l'assurance maladie de l'établissement. cette disposition n'est pas neutre dans la perspective de mise en place de la T2A.

### **Politique du médicament**

L'article 17 étend la définition des médicaments génériques, de manière à limiter les pratiques des laboratoires tendant à commercialiser des dérivés chimiques de leurs principes afin e conserver leurs parts de marché au moment de la tombée de leurs brevets et d'empêcher la baisse des prix. Cette pratique a été soulignée par P. Pignarre dans son livre *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*.

Quant à l'article 18, il institue une charte de la prospection et du démarchage pour les visiteurs médicaux, ce qui est plutôt une bonne chose.

## **Pilotage du système ou « gouvernance » (titre II)**

### **Haute autorité de santé**

La création de la Haute autorité de santé est l'une des clefs de voûte du dispositif. Cette dernière pose de nombreux problèmes.

- La Haute autorité comporte 12 membres, nommés respectivement par le Président de la République, le président de l'Assemblée nationale, le président du Sénat et le président du Conseil économique et social. Le pluralisme de sa composition n'est donc en rien garanti.
- Le projet définit la Haute autorité de santé comme une « autorité publique indépendante à caractère scientifique ». Le statut d'autorité publique indépendante est celui de l'Autorité des marchés financiers (AMF), le gendarme de la bourse. Il apparaît qu'elle va bien au-delà de formuler de simples avis, mais disposera de prérogatives de puissance publique, en particulier dans la définition des protocoles de soins.
- Elle assurera la tutelle de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et de et de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, dont elle exercera certaines prérogatives.
- Elle ne rendra pas ses avis uniquement sur la base de critères scientifiques, mais aussi sur la base de critères économiques : « *le collège [de la Haute autorité de santé] émet un avis sur le bien-fondé et les conditions du remboursement de produits ou prestations, à partir d'une analyse médicale, de santé publique ou économique* ».

Notons par ailleurs :

- qu'elle sera dotée d'un directeur, mais que c'est le président de la Haute autorité qui la représente en justice et dans tous les actes de la vie civile (contrairement, on y reviendra à la CNAM et à l'UNCAM) ;
- qu'elle bénéficiera de ressources propres, en particulier 10% de la taxe sur les entreprises du médicament, à côté de dotations budgétaires.

### **Préparation du PLFSS**

Les caisses nationales<sup>12</sup> proposeront un projet de budget au gouvernement avant le 30 juin. C'était une proposition de la CGT. En effet, une plus large délégation de gestion implique de pouvoir intervenir sur les recettes, et non seulement sur les dépenses, au risque de limiter l'intervention des caisses à la seule gestion de la pénurie.

Les conditions de cette intervention sont toutefois problématiques.

D'une part, le texte prévoit que le projet des caisses devra comporter « *les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie* ». Cela suggère que le projet devra s'insérer dans un cadrage pluriannuel s'imposant aux caisses et défini par le Parlement. Dans notre conception, c'est la proposition des caisses elles-mêmes qui devrait être définie de manière pluriannuelle. Le budget de la sécurité sociale devrait être un budget glissant, par exemple à 5 ans.

D'autre part, le projet crée un « comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie », composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, du directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée désigné par le président du Conseil économique et social. Ce comité serait chargé d'alerter les caisses en cas de dépassement significatif de l'ONDAM<sup>13</sup>. Dans ce cas, et jusqu'au dépôt d'un PLFSS rectificatif, toute mesure nouvelle susceptible d'augmenter globalement les dépenses serait bloquée<sup>14</sup>.

Au total, si la reconnaissance aux caisses d'un pouvoir d'initiative sur le PLFSS est une bonne chose, la rédaction actuelle donne aux caisses surtout un pouvoir sur la maîtrise des dépenses. Il est impératif que ces dernières aient explicitement un pouvoir sur les recettes. C'est le sens de la proposition de la CGT d'une négociation obligatoire périodique sur le niveau et la structure des cotisations patronales, qui ne figure pas dans le projet actuel.

### **Périmètre remboursable et taux de remboursement**

C'était l'un des points durs de la concertation. Il y a lieu de distinguer la question du périmètre remboursable des médicaments, et celle de la nomenclature des actes. Il faut ensuite se poser la question du taux de remboursement. Pour la CGT, si le périmètre remboursable est de la responsabilité de l'Etat, le taux de remboursement doit en revanche être fixé par l'assurance maladie.

<sup>12</sup> Cette proposition émanera bien des caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) et non de l'UNCAM. C'est une bonne chose, car la gestion du risque diffère d'une caisse à l'autre.

<sup>13</sup> Donc l'ONDAM existe toujours. C'est à ma connaissance la seule référence à ce dernier dans le projet de loi. On sait que l'ONDAM a fait l'objet de critiques importantes.

<sup>14</sup> Dans sa lettre du 7 juin, PDB annonce son intention de remettre en cause cette mesure, qui a par ailleurs semble-t-il été critiquée par le Conseil d'Etat (cf. les Echos du 14 juin)

La solution retenue par le texte est relativement ambiguë.

S'agissant du périmètre remboursable. l'UNCAM saisit la haute autorité de santé de sa « proposition d'inscription, de radiation ou de modification des conditions d'inscription ». Celle-ci rend un avis dans un délai de 3 mois, qui peut modifier la proposition initiale. l'UNCAM transmet alors sa proposition au ministre de la Santé, qui est implicitement approuvée, sauf si le ministre de la Santé fait connaître son opposition motivée dans un délai d'un mois. C'est une décision implicite d'acceptation.

Par ailleurs, pour des raisons de santé publique, le ministre de la santé peut décider de l'inscription au remboursement d'un acte ou d'une prestation, sur avis conforme de la Haute autorité de santé.

Ainsi, si formellement la décision appartient au ministre, dans la pratique c'est l'UNCAM qui décide. On est donc très près de la définition du périmètre remboursable par l'assurance maladie.

En revanche, en matière de taux de remboursement, la décision est prise par l'UNCAM, dans le cadre d'un couloir fixé par l'Etat.

Enfin, s'agissant de la cotation des actes médicaux (c'est-à-dire de leur valeur relative), celle-ci sera fixée par une commission composée des syndicats signataires<sup>15</sup> de la convention médicale, et de l'UNCAM, commission dans laquelle l'Etat sera présent par l'intermédiaire d'un commissaire du gouvernement sans voix délibérative.

### **Comité économique des produits de santé**

Le Comité économique des produits de santé (CEPS), qui donne un avis sur le prix d'introduction des médicaments, est assez profondément réformé.

Sa composition est modifiée : il sera composé en nombre égal de représentants de l'administration, et de représentants de l'UNCAM et des complémentaires<sup>16</sup>.

Le CEPS se voit attribuer des pouvoirs décisionnels dans toute une série de domaines où il était jusqu'à présent seulement consulté.

C'est un point positif, la fixation des prix des médicaments étant jusqu'à présent totalement opaque. Une meilleure représentation de l'assurance maladie, dès lors qu'elle serait l'émanation des conseils, peut contribuer à une meilleure transparence. Notons par ailleurs que la Cour des comptes elle-même souligne que les nouveaux médicaments sont systématiquement introduits au prix fort.

### **Comité de l'hospitalisation**

Le projet de loi crée un comité de l'hospitalisation, chargé de « contribuer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé », et à la, détermination et au suivi de la partie hôpital de l'ONDAM.

On sait peu de choses de la composition de ce comité qui sera déterminée par arrêté, sinon que l'assurance maladie y sera présente (mais on ne sait pas si ce sera via les caisses nationales ou l'UNCAM).

Il aura un pouvoir de proposition sur les questions de tarification (donc a priori la T2A), et sera informé de la politique salariale de l'Etat dans l'hôpital public.

---

<sup>15</sup> Seulement des signataires.

<sup>16</sup> Je n'ai toutefois pas pu retrouver dans le texte de la loi lui-même la nouvelle composition du comité.

Ce comité de l'hospitalisation peut être la meilleure et la pire des choses. Il peut contribuer à redonner une certaine maîtrise à l'assurance maladie sur l'hôpital (qui représente la moitié des dépenses), mais il peut aussi être un outil de maîtrise comptable.

### **Convention médicale**

L'article 28, qui traite de la convention médicale, fait partie de ceux où se posent des problèmes de concordance entre le texte et l'exposé des motifs, traduisant sans doute un travail trop rapide;

Cela dit, ce texte comporte des dispositions importantes.

L'accord-cadre et les accords conventionnels interprofessionnels seront négociés entre l'UNCAM<sup>17</sup> et les organisations syndicales représentatives des professionnels.

Ces organisations disposeront d'un droit d'opposition majoritaire. Pour les médecins, ce droit d'opposition jouera si les organisations faisant jouer leur droit d'opposition ont recueilli plus de 50% des suffrages exprimés lors des élections aux unions régionales des médecins libéraux ; pour les autres professionnels si leurs effectifs sont supérieurs au double des effectifs signataires.

Si le ministère de la Santé ne fait pas connaître son opposition à un accord dans un délai de 21 jours (au lieu de 45 jours actuellement), il sera considéré comme approuvé. Notons que seul le ministère de la santé sera compétent, et non le MINEFI et le ministère de l'agriculture comme actuellement. Son opposition ne pourra être motivée que par des raisons de santé publique, et non pour des raisons financières, ce qui est le cas actuellement.

En cas d'impossibilité d'arriver à un accord, un arbitre sera désigné, d'un commun accord entre l'UNCAM et au moins une organisation syndicale, et à défaut d'accord par le premier président de la Cour des comptes. Celui-ci établira un règlement arbitral, qui s'imposera à l'assurance maladie et aux professionnels. Cet accord sera valable 5 ans maximum, mais pourra être annulé à tout moment par conclusion d'une nouvelle convention.

Enfin, les professionnels de santé devront explicitement adhérer à la convention. Ils devront donc manifester auprès de l'assurance maladie leur volonté d'être conventionnés. Il en sera de même de l'adhésion aux ACBUS.

L'article 29 précise que les conventions médicales peuvent comporter des dispositifs d'aide à l'installation dans les zones prioritaires. Il précise que les conditions de prise en charge partielle des cotisations des professionnels de santé relèveront également des conventions médicales (actuellement, ils sont fixés par décret).

### **Le pilotage de l'assurance maladie**

C'est l'un des points durs du projet. Nous analysons le dispositif proposé comme **une étatisation du pilotage de l'assurance maladie**.

De manière symbolique, la discussion sur ce point entre les syndicats, le patronat et le gouvernement peut être assez bien résumée par la dénomination des conseils : conseils **d'administration** pour les uns, conseils **de surveillance** avec un directoire ou un directeur fort pour les autres.

**Pour les uns, dont la CGT**, les Conseils d'administration, et notamment celui de la CNAM devaient exercer un pouvoir réel de définition des orientations des caisses, le directeur ayant

---

<sup>17</sup> Notons que ce point ne figure pas dans l'article sur la convention médicale, mais sera précisé par l'article 31 consacré à l'UNCAM. Nous y reviendrons par la suite.

pour fonction d'exécuter les décisions du Conseil. Rendre la réalité des pouvoirs de direction au Conseil allait de pair avec une plus large délégation de gestion donnée à l'assurance maladie.

**La position diamétralement opposée était incarnée par le MEDEF**, et a été exposée avec une grande clarté par G. Sarkozy dans la Tribune : les partenaires sociaux n'ont pas de légitimité à gérer l'assurance maladie ; la réalité du pouvoir doit être confiée à un directeur difficilement révocable, les partenaires sociaux devant se cantonner à un contrôle dans le cadre d'un Conseil de surveillance.

De son côté, **le gouvernement a toujours affirmé la nécessité de disposer d'un exécutif fort et stable, ayant autorité sur le réseau**, ce qui impliquait une diminution des pouvoirs des conseils.

L'autre question de fond était la représentativité des Conseils. Pour la CGT, celle-ci devrait résulter de l'élection (position constante de notre organisation).

Au cours de la concertation, le dossier a connu des évolutions importantes, avec de très forts mouvements de balancier.

Dans un premier temps, le cabinet du ministre a défendu des positions qui auraient pu nous convenir : le Conseil d'administration et d'orientation avait un pouvoir réel sur la définition des orientations stratégiques de la CNAM, le directeur étant responsable de l'exécution de celles-ci et de la gestion quotidienne, dont il devait rendre compte devant le Conseil d'administration. Si le cabinet refusait l'organisation d'élections, il était prêt à tenir compte de la représentativité des organisations syndicales, en s'appuyant sur les élections prud'homales et les élections aux CAP de la Fonction publique.

Dans un second temps, suite à un lobbying très efficace du MEDEF, total changement de logique. On revient à la position exprimée par G. Sarkozy : de simples conseils de surveillance. Au passage, plus question de tenir compte de la représentativité : il est vrai que les résultats des élections auraient donné un poids excessif aux yeux de Matignon à la CGT.

Enfin, dans la dernière phase de la concertation, mouvement de balancier dans l'autre sens (mais d'une moindre amplitude) : les Conseils (qui ne sont plus ni d'administration, ni d'orientation, ni de surveillance) ont des pouvoirs relativement importants, mais le directeur en a d'encore plus importants. Quant à la prise en compte de la représentativité, il n'en est plus question.

Pour bien saisir l'évolution par rapport à la situation actuelle, il faut décrire les évolutions de la rédaction du code de la sécurité sociale, entre la rédaction actuelle et celle qui résulterait de l'adoption du projet dans sa rédaction actuelle.

## Composition du Conseil de la CNAM.

Jusqu'à présent, la composition du Conseil d'administration de la CNAMTS était fixé par l'art. L221-3 du code de la sécurité sociale (depuis le plan Juppé) : le Conseil d'administration de la CNAM comportait 13 représentants des salariés désignés parmi les organisations syndicales les plus représentatives, 13 représentants des employeurs, 3 représentants de la Mutualité et 4 personnalités qualifiées. En outre, il y avait 3 représentants du personnel et 1 représentant de l'UNAF siégeant avec voix consultative.

Dans le projet, la composition du Conseil<sup>18</sup> est renvoyée à un décret en Conseil d'Etat. Il est simplement précisé que les représentants des employeurs seront aussi nombreux que ceux des

---

<sup>18</sup> Conseil, et non Conseil d'administration

salariés, et que seront représentés la Mutualité et les « *autres acteurs de l'assurance maladie* », ce qui ouvre la possibilité d'une représentation des associations de malades, mais aussi des syndicats de médecins. Le gouvernement sera totalement libre de déterminer la répartition entre les acteurs. En théorie, rien ne l'empêcherait de décider qu'il y ait 2 représentants des salariés, 2 représentants des employeurs, 10 représentants de la Mutualité et autant des associations de malades.

Par ailleurs, il faut noter que cette rédaction ne prévoit plus l'existence de personnalités qualifiées.

La Mutualité resterait présente en tant que telle. Elle serait donc juge et partie, puisqu'elle serait par ailleurs présente dans l'Union des complémentaires (voir infra). Cette présence de la Mutualité en tant que telle posera par ailleurs un problème au regard du droit communautaire. Les autres complémentaires (IP et compagnies d'assurance) risquent de revendiquer un traitement égal à celui de la Mutualité.

Enfin, le texte ne fait bien entendu aucune référence à la représentativité des différents syndicats, ce qui est cohérent avec la position de Matignon.

Jusqu'à présent, le code de la Sécurité sociale prévoyait en son article L231-8-1 que le Conseil d'administration des caisses de Sécurité sociale<sup>19</sup> « règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception déléguées par lui-même ou les Caisses nationales à une union ou un groupement d'organismes ». Cet article signifie que le CA a une compétence générale sur les affaires concernant sa Caisse. A la limite, il peut intervenir sur toute question concernant sa caisse.

Cet article n'est pas abrogé par le projet de loi<sup>20</sup>, mais, d'une part les compétences du Conseil de la CNAM son maintenant définies de manière limitative, et d'autre part une autre disposition précise que le directeur général de la CNAM (et par ailleurs les directeurs des CPAM, CRAM et URCAM) « prend toutes les décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas exercées par une autre autorité ». En d'autres termes, jusqu'à présent, le CA avait une compétence générale sur toutes les questions concernant la CNAM, à l'avenir, il sera compétent sur des questions limitativement énumérées, et sur toutes les autres questions ce sera le Directeur général qui sera compétent.

Le projet de loi donne des compétences assez larges au Conseil. Il n'est pas interdit de voir dans cette (assez) large définition de compétences, la trace de notre intervention :

- orientations sur la contribution de l'assurance maladie à la politique de santé, l'organisation du système de soins, la prévention ;
- orientations de la politique de gestion du risque ;
- proposition de budget de l'assurance maladie ;
- orientations de la COG ;
- principes régissant les actions de contrôle ;
- orientations d'organisation du réseau.

Comme on le voit, le mot clef est « orientation ». La gestion au quotidien est de la responsabilité du Directeur général.

---

<sup>19</sup> CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS, CRAM, CPAM etc.

<sup>20</sup> Mais eu égard à la philosophie du texte, on peut se demander si ce n'est pas un oubli.

## Le Directeur général

Dans ce projet, l'acteur clef est le Directeur général, nommé en Conseil des ministres.

Certes, le Conseil disposera d'un pouvoir d'opposition sur la nomination de ce dernier, à la majorité des 2/3 du Conseil, majorité qualifiée qui sera sans doute impossible à atteindre eu égard à la composition envisagée par le gouvernement (en clair, il faudrait que la majorité des syndicats et le patronat s'accordent pour refuser une proposition du gouvernement). En revanche, si le Conseil sera consulté sur la proposition de révocation du Directeur général, il ne pourra lui-même procéder à sa révocation.

Les décisions les plus importantes du Conseil seront prises sur proposition du Directeur général. En particulier, il négociera la COG dont il proposera les orientations au Conseil, il proposera les orientations de la politique de gestion du risque, il préparera le projet de budget, et les principaux budgets de la CNAM. Sur ces questions (qui sont les plus importantes), le Conseil pourra refuser le 1<sup>er</sup> projet, mais ne pourra « re toquer » le second qu'à la majorité des 2/3 (il y a donc une majorité de blocage conférée au MEDEF).

Il sera responsable de l'application de l'ONDAM. L'une de ses missions sera de veiller à l'absence des déficits.

Il dirigera le réseau, aura la haute main sur la nomination des directeurs des caisses locales (CPAM, CRAM, URCAM)<sup>21</sup>. Il exercera une tutelle sur les décisions des caisses locales et régionales, auxquelles il pourra s'opposer.

## L'organisation des caisses locales

La réforme du pilotage des caisses locales est l'un des domaines qui illustre le mieux l'étatisation de l'assurance maladie. L'objectif est de donner au Directeur général de la CNAM la haute main sur le réseau de l'assurance maladie. En cohérence avec l'organisation nationale, chaque caisse est dotée d'un conseil et d'un directeur.

Comme pour la CNAM, la composition du conseil est renvoyée à un décret en Conseil d'Etat. La formulation est identique à celle retenue pour la CNAM : conseil paritaire, présence des autres acteurs de l'assurance maladie et de la Mutualité, suppression des personnalités qualifiées.

Le conseil exerce des compétences limitativement définies :

- définition des orientations du contrat pluriannuel de gestion ;
- objectifs pour améliorer la qualité de service rendu aux usagers ;
- axes de la politique de communication à l'égard des usagers ;
- politique d'action sanitaire et sociale.

Au contraire, le directeur exerce une compétence générale : *« le directeur dirige la caisse primaire d'assurance maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en œuvre les orientations décidées par le conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité »*.

Alors que jusqu'à présent le directeur était désigné par le CA sur une liste de 3 noms proposés par le Directeur de la CNAM, le projet propose que Le directeur soit nommé par le directeur général de la CNAM après avis du comité des carrières. Le conseil ne dispose que d'un droit d'opposition à la majorité des 2/3.

---

<sup>21</sup> Les conseils de ces organismes ne pourront s'opposer à la nomination des directeurs qu'à la majorité des 2/3 comme pour la Caisse nationale.

Signalons enfin que le statut des médecins conseil va évoluer : il va être fixé par convention collective, alors qu'il s'agissait jusqu'à présent d'un statut réglementaire.

### ***L'Union nationale des caisses d'assurance maladie***

Le projet de loi crée une union nationale des caisses d'assurance maladie regroupant la CNAM, la CANAM et la MSA.

Comme la CNAM et les caisses locales, l'UNCAM aura un Conseil et un Directeur général, ce dernier assisté d'un conseil des directeurs.

Le Conseil de l'UNCAM comprendra 12 membres du Conseil de la CNAM, 3 membres du Conseil d'administration de la CANAM et 3 membres du Conseil d'administration de la MSA.

Le directeur général de l'UNCAM sera normalement le directeur général de la CNAM, mais il pourra s'agir d'une personnalité nommée par lui. De même, le conseil des directeurs comprendra, en plus du Directeur général, les directeurs de la CANAM et de la MSA, mais ils pourront être nommés être distincts.

L'UNCAM aura 4 fonctions principales :

- négocier les accords avec les professionnels de santé ;
- faire les propositions en matière de remboursement (voir paragraphe consacré au périmètre remboursable et au taux de remboursement) ;
- fixer le forfait non remboursable par feuille de soins ;
- assurer les relations avec l'union des complémentaires.

### ***L'union des complémentaires***

Le texte est très discret sur l'union des complémentaires. On sait seulement qu'elle « *regroupera des représentants des mutuelles régies par le code de la mutualité, des institutions de régies par le code de la sécurité sociale et des entreprises régies par le code des assurances* ».

Le texte du projet ne dit rien sur l'organisation de l'Union des complémentaires, sinon qu'elle sera dotée d'un conseil.

Elle aura 2 fonctions principales :

- émettre des avis sur les propositions de l'UNCAM concernant le périmètre remboursable et le taux de remboursement ;
- établir le programme annuel des complémentaires en matière de négociation avec les professionnels.

Le texte ne permet pas de savoir si ces 2 compétences seront limitatives ou si l'union pourra exercer d'autres attributions. La loi doit clairement, définir le champ d'intervention des organismes complémentaires dans le cadre de ses relations avec le régime général.

A ce jour, il n'y a aucune définition du rôle des organismes complémentaires dans le système de soins. Leur donner une place équivalente avec les organismes de sécurité sociale reviendrait à leur accorder un rôle dans les contenus des choix du régime général.

Ce problème se pose également dans le rôle qu'attribue le projet aux organismes complémentaires dans les accords négociés avec les URCAM à l'échelon régional<sup>22</sup>

Par ailleurs, l'UNCAM et l'union des complémentaires examineront en commun tous les ans leurs programmes annuels de négociation et décideront d'actions communes en matière de gestion du risque.

### ***L'aide aux complémentaires***

L'aspect le plus médiatisé de la lettre que les ministres ont adressé aux organisations syndicales le 7 juin (par le plus grand des hasards après la journée d'actions du 5) portait sur une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Cette proposition n'est pas nouvelle : elle faisait partie des engagements de Jacques Chirac lors des présidentielles de 2002 ; de son côté, la mutualité revendiquait un crédit d'impôt pour aider à l'acquisition d'une complémentaire, qui serait subordonné à certaines conditions.

S'appuyant sur le fait que 8% des français (principalement à revenus faibles) ne dispose d'aucune couverture complémentaire, PDB propose une aide de 150 € en moyenne (plus forte pour les retraités, plus faible pour les jeunes) pour permettre d'acquérir une couverture complémentaire. Il présente cette proposition comme une avancée gigantesque, permettant à 2 millions d'individus d'acquérir une protection complémentaire. La FNMF a présenté cette proposition comme une avancée importante.

En réalité, avec cette proposition, PDB atteint des sommets dans ses talents d'illusionniste. Il feint de proposer un dispositif qui existe déjà en partie, et qui ne marche absolument pas, et ce pour des raisons absolument logiques.

Actuellement, afin d'atténuer les effets de seuil de la CMU, il existe un dispositif permettant aux ménages dont le revenu est compris entre le plafond de la CMU et 12,7% au dessus ce plafond de bénéficier d'une aide de 115 € par an. Ce dispositif est financé pour l'essentiel par les fonds d'action sociale de l'assurance maladie. Sur 1 600 000 bénéficiaires potentiels, environ 50 000 ont recours à ce dispositif. Ce faible recours s'explique par le fait que l'aide est totalement insuffisante. Il s'agit en effet largement de retraités aux revenus très faibles (au maximum 4 100 F par mois). Or, pour des personnes de plus de 65 ans, le coût de la couverture est très élevé (en moyenne 300F par mois). Compte tenu de leurs revenus, l'aide de 115 € par an (750 F) est totalement insuffisante. Le passage de cette aide à 150 € par an ne changera rien au problème, et le passage du plafond de 12,7% à 15% au dessus du plafond de la CMU ne change rien fondamentalement. Ce dispositif est totalement inopérant, et ne règle rien pour les ménages modestes dépourvus de couverture complémentaire.

En fait, cette proposition d'aide à la couverture complémentaire n'était en rien une avancée de dernière heure. Elle était annoncée par l'article 32 du projet de loi, sans être précisée.

Cet article précise les conditions d'octroi d'une aide fiscale ou sociale à une couverture complémentaire.

Celui-ci, qui vise surtout les contrats de prévoyance collective prévoit 2 choses :

- d'une part, que le contrat prévoie un niveau de couverture minimale (en d'autres termes qu'il respecte un cahier des charges) : cette proposition est très proche de celle de la FNMF ;
- d'autre part, qu'il ne rembourse pas le forfait actuellement fixé à 1 €

---

<sup>22</sup> Cf. la contractualisation des bonnes pratiques p.4 du présent document.

Sur ce point, l'exposé des motifs est beaucoup plus clair que le texte de loi. Si l'idée de subordonner l'octroi d'une aide sociale ou fiscale au respect d'un cahier des charges garantissant un niveau minimal de couverture, par exemple une couverture supérieure au panier de soins de la CMUC et une limitation de la sélection des risques est plutôt une bonne chose (et est soutenue par la CGT), l'interdiction de rembourser certains soins peut avoir des conséquences redoutables. Quand on sait que l'abondement patronal représente en moyenne entre 40% et 60% du financement de la prévoyance collective, la suppression de l'exonération de cotisations sociales de cet abondement est une bombe atomique. Avec cette disposition, on est sûr qu'aucun contrat de prévoyance collective ne prendra en charge le forfait par feuille de soins !

De plus, le ministre est très discret sur le financement de cette mesure. Les aides existantes mentionnées ci-dessus sont déjà en partie financés par les budgets d'aide sociale des CPAM.

Cet article comporte une autre disposition importante.

Actuellement, la garantie offerte par une couverture complémentaire garantit une protection globale contre certains risques. Cela signifie qu'en cas de baisse de la couverture par le régime général, la complémentaire doit verser la différence. Le projet de loi prévoit qu'en cas de baisse du taux de remboursement par l'assurance maladie, la complémentaire pourra répercuter cette baisse sur son remboursement, mais qu'elle devra alors baisser son taux de cotisation en proportion.

Cette disposition satisfait une revendication de la FNMF, qui refuse un transfert automatique sur les complémentaires de la baisse des remboursements de l'assurance maladie.

### ***Institut national des données de santé***

Le projet de loi crée un Institut des données de santé, dont la mission est de centraliser les données de santé.

Celui-ci serait organisé sous la forme d'un groupement d'intérêt public (GIP).

Il garantirait l'absence d'accès aux données individuelles.

Pour assurer la gestion du risque, un ensemble de données statistiques fiables et le plus exhaustives possible sur l'état de santé de la population est sans aucun doute très utile.

Toutefois, le dispositif proposé soulève de nombreuses interrogations. Si la garantie de l'absence d'accès aux données individuelles (qui est une revendication des assureurs qui ont besoin de ces données pour pratiquer leur sélection du risque) est indispensable, l'insistance des complémentaires pour cogérer le système est source d'interrogations. La CNAM ayant la gestion actuelle de ces données, qu'elle transmet aux organismes assureurs, pourquoi ne générerait-elle pas la base de données ?

La FNMF justifie sa revendication d'une cogestion par le fait que les complémentaires détiendraient les données concernant la partie non remboursable (qui est très faible d'après le haut conseil). En fait, il est exact que l'accès à l'ensemble des données serait très utile aux complémentaires pour leur gestion du risque, et surtout pour le calcul des contrats en particulier dans un contexte de baisse des remboursement par le régime général, et de transfert sur les complémentaires.

Notons que l'article ne précise pas, outre son statut de GIP, par qui et comment cet institut serait géré ; mais ce statut de GIP implique vraisemblablement la présence des complémentaires.

## **L'échelon régional**

Le projet de loi renforce les prérogatives des URCAM :

- Elle établit un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'assurance maladie actualisé annuellement.
- Elle impulse les dispositifs de coordination des soins et la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels.
- Elle dispose pour l'exercice de ses missions du concours des services de l'ensemble des caisses de sécurité sociale, tant administratifs que de contrôle médical au plan régional et local. A cette fin, un contrat de service est établi entre l'URCAM et les organismes régionaux et locaux des caisses de sécurité sociale.

Par ailleurs, les URCAM sont réformés en cohérence avec les nouvelles règles de gouvernance. Les conseils d'administration sont remplacés par des conseils. Ces conseils, sont constitués à hauteur des 2/3 de représentants des CPAM (sur une base paritaire), et pour 1/3 de représentants des caisses de non-salariés. A noter que la représentativité de la Mutualité est supprimée. En cohérence avec le schéma de gouvernance, le Conseil de l'URCAM fixe les orientations. C'est le directeur qui assure la direction effective de l'URCAM. Le budget de gestion et d'intervention est approuvé par le Conseil (la majorité des 2/3 après un premier refus).

Enfin, le directeur de l'URCAM conclut avec celui de l'UNCAM un contrat pluriannuel de gestion inter régimes, qui décline au plan régional « les objectifs quantifiés d'amélioration du système de soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage ». La COG définit les indicateurs et les modalités d'évaluation. Les URCAM bénéficieront d'un intéressement par modulation des ressources en fonction de leurs résultats. La COG fixe également le niveau des ressources allouées à chaque URCAM.

Par ailleurs, le projet de loi liste un ensemble de domaines de coopération entre les ARH et les URCAM.

Une convention entre le directeur de l'ARH et celui de l'URCAM détermine :

- La politique d'installation des médecins, avec définition des zones prioritaires dans lesquelles une aide à l'installation pourra être versée.
- L'organisation de la permanence des soins, qui restera de la compétence du préfet, mais sur proposition des directeurs de l'URCAM et de l'ARH.
- Le rapprochement ville/hôpital.

La partie consacrée à l'organisation régionale conforte ainsi la logique d'étatisation du système. Les pouvoirs sont concentrés entre les mains des 2 directeurs de l'URCAM et de l'ARH, qui signent les diverses conventions qui servent de cadre à l'action régionale.

Alors que le fonctionnement actuel des ARH est particulièrement critiquable, en particulier sous l'angle du contrôle démocratique, le dispositif concentre encore les pouvoirs sur les directeurs.

Il n'y a aucune politique ambitieuse en matière de coordination des soins. La CGT s'était prononcée pour la création d'institutions régionales de santé, avec un Conseil d'administration doté de fortes prérogatives. On en est loin avec ce projet.

## Mesures de financement (titre III)

### **Compensation des pertes de recettes de la Sécurité sociale**

L'article 38 prévoit (pour l'avenir seulement) une compensation intégrale des exonérations et réductions de cotisations sociales, et des contributions affectées à la Sécurité sociale.

Il prévoit également une compensation intégrale et réciproque des transferts de charges entre le budget de l'Etat et celui de la Sécurité sociale.

Enfin, il annonce un retour à hauteur de 1 Md € des droits sur le tabac à la Sécurité sociale.

La montée des exonérations de cotisations sociales (19,5 Mds € actuellement), les transferts permanents opérés entre la Sécurité sociale et le budget de l'Etat<sup>23</sup>, la non compensation d'une partie des exonérations (celles antérieures à 1994), constituent assurément un problème essentiel, régulièrement dénoncé par la CGT. C'est pourquoi il est nécessaire d'instaurer un strict cantonnement entre le budget de l'Etat et celui de la Sécurité sociale.

Certaines des dispositions du projet, tout en étant insuffisantes, vont dans le sens de ces objectifs. Elles bordent mieux le dispositif actuel. Par exemple, la loi de 1994 ne parlait que d'une compensation des exonérations. La pratique était de compenser également les réductions de cotisations (allègements 35h ou actuel allègement unique des cotisations), mais l'expérience enseigne qu'il vaut mieux préciser les textes.

En revanche, une disposition peut être à double tranchant, celle qui prévoit une compensation intégrale et réciproque des transferts de charges entre le budget de l'Etat et celui de la Sécurité sociale. Si cela peut permettre d'éviter un transfert sur la Sécurité sociale du financement de charges n'ayant rien à voir avec ses missions, ce qu'on appelle couramment charges indues (exemple le FOREC), cela peut aussi conduire à forcer la Sécurité sociale à financer des politiques d'Etat dans le champ de la sécurité sociale, mais décidées unilatéralement par ce dernier. C'est ainsi que l'aide à l'acquisition d'une complémentaire sera vraisemblablement prise en charge par l'action sociale des caisses en application de cet article.

Enfin, le retour à l'assurance maladie d'1 Md € de taxes sur le tabac est positif, mais est loin du compte par rapport au problème posé. La perte de recette au titre des taxes sur les tabacs est de 7,5 Mds € la compensation d'exonérations réalisée par ce texte compense moins de la moitié des pertes de recettes liées aux exonérations antérieures à 1994 (2,3 Mds € par an). Notons que le texte ne prévoit aucun retour des taxes sur les alcools à l'assurance maladie.

### **Lutte contre le travail dissimulé**

On ne peut qu'être d'accord avec l'objectif de lutter contre le travail dissimulé.

Les mesures proposées visent à doter les inspecteurs des URSSAF de moyens plus importants pour effectuer leurs contrôles (par exemple le droit de prendre copie, et non de seulement consulter certains documents. Ces mesures, qui correspondent partiellement aux demandes des URSSAF), apparaissent d'un impact assez limité.

Ceci posé, il faudra apprécier les conséquences de ces mesures : quelles sanctions des employeurs ? Quelles garanties pour les salariés en cas de licenciement ? Quelle protection des sans-papiers ?

---

<sup>23</sup> De l'exemple le plus célèbre est le transfert au budget de l'Etat des ressources allouées au FOREC dans le cadre des exonérations de la loi Aubry II, transfert qui en représente près de 16 Mds € de la Sécurité sociale au budget de l'Etat, dont 10 Mds € de taxes sur les tabacs et alcools.

## **CSG**

Quatre catégories de mesures concernent la CSG :

- une augmentation de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activités, celle-ci passant de 95% à 97% de ces derniers<sup>24</sup> ;
- une augmentation de la CSG sur les pensions de retraite, d'invalidité ou les allocations de préretraite de 0,4%, qui passe de 6,2% à 6,6% (contre 7,5% pour les actifs) ;
- augmentation de 0,7% de la CSG sur les revenus du patrimoine et des placements ;
- une hausse de 2 points de la CSG sur les jeux.

Cette nouvelle augmentation de la CSG est particulièrement inéquitable :

- alors que le gouvernement s'était engagé à ne pas augmenter la CSG sur les revenus d'activité, l'élargissement de l'assiette équivaut à une hausse de près d'un dixième de point de la CSG ;
- la hausse de la CSG sur les retraités est particulièrement inéquitable, alors que la réforme Fillon va se traduire par une baisse de 20 à 30% des retraites dans les prochaines décennies . On sait que la réforme des retraites conduit à indexer les pensions sur l'inflation ; dans ce contexte, toute augmentation d'un prélèvement se traduit automatiquement par une baisse du pouvoir d'achat des retraites. Rappelons que la CSG est la principale cause de la baisse du pouvoir d'achat des retraites depuis 1990, chiffrée par le COR à 10% ;
- l'augmentation de la CSG sur les placements, qui pourrait être une bonne chose, ne fait que compenser les conséquences de la disparition de l'avoir fiscal, qui conduit à une baisse de 0,5 Md € du rendement de la CSG sur les placements. Comme l'ont montré les services de l'ACOSS, cette augmentation ne fait que compenser cette perte ;
- enfin, l'augmentation de la CSG sur les casinos et les jeux est anecdotique. Elle représente actuellement 0,5% des ressources de la CSG.

### ***Taxes sur les laboratoires pharmaceutiques***

Le projet de loi prévoit d'augmenter la taxe sur la promotion des médicaments et dispositifs médicaux, acquittée par les visiteurs médicaux.

Une seconde disposition pérennise la taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (à l'exception du chiffre d'affaires réalisé sur les médicaments génériques).

Ces 2 dispositions sont plutôt positives, même sur le rendement de ces taxes est modeste, et son mode de calcul particulièrement compliqué.

Au-delà, cela renvoie à un sujet essentiel, mais non traité dans les discussions actuelles, la politique du médicament.

## **C3S**

Le projet institue, au profit de l'assurance maladie, une taxe additionnelle à la C3S de 0,03%, au profit de l'assurance maladie.

---

<sup>24</sup> Cet élargissement de l'assiette s'applique aussi à la CRDS.

La C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés) est une taxe assise sur le chiffre d'affaires, acquittée par les sociétés dont le chiffre d'affaires annuel est d'au moins 760 000 €. Elle vise principalement à financer le déficit des régimes de non salariés : CANAM, MSA, ORGANIC, CANCAVA (et pour le solde le FSV).

Comme son assiette est très large son rendement est important (3,2 Mds € en 2002).

D'un point de vue économique, sa logique n'est pas évidente. Contrairement à un prélèvement sur la valeur ajoutée, qui correspond aux richesses nouvelles créées par l'entreprise, elle la taxe non seulement sur la valeur ajoutée créée, mais aussi sur ses achats ou ses dépenses énergétiques.

Ce prélèvement, évalué à 780 M € est avec les taxes sur l'industrie pharmaceutique, le seul effort demandé aux employeurs.

Il est à comparer au montant d'exonérations de cotisations sociales : 19,6 Mds € par an !

## **CADES**

La CADES, qui devait disparaître en 2014, est pérennisée. Elle existera tant que la dette n'aura pas été intégralement remboursée.

D'autre part, le projet de loi prévoit le transfert à la CADES de la dette actuelle de l'ACOSS à la CDC (35 Mds € au maximum), et des déficits 2005 et 2006, dans la limite de 15 Mds €

Dans la pratique, cet article signifie sans doute le maintien de la CADES ad vitam æternam, et par voie de conséquences de la CRDS. Le président de la CADES estime que la dette ne sera pas apurée avant 2024, et encore à condition que de nouveaux déficits ne soient pas mis à sa charge après 2007.

Le financement d'un régime par répartition par l'endettement est totalement contradictoire avec la logique de la répartition. Il reporte la dette sur les générations futures.

Il est donc nécessaire que celle-ci soit remboursée le plus vite possible. Mais la charge ne saurait reposer une fois encore sur les ménages. Il faut donc élargir les ressources affectées à son remboursement, en mettant à contribution les employeurs. On pourrait par exemple envisager que la contribution sociale sur les bénéficiaires soit mise à contribution.

Par ailleurs, il est inadmissible que la CADES finance des dettes d'Etat, comme la dette du FOREC, correspondant à la différence entre les versements du FOREC et le coût pour la Sécurité sociale des allègements liés aux 35 h. Cette dette doit être prise en charge par l'Etat.

## **La réforme n'est pas financée**

Ainsi qu'il est dit en introduction, l'un des paradoxes de cette réforme est que c'est une réforme comptable, qui en même temps n'est pas financée.

Ainsi que nous l'avons déclaré à l'ACOSS :

« *Le chiffrage des économies ne repose sur aucune justification sérieuse. Quelques exemples :*

- *le dossier médical personnalisé et le médecin traitant : 3,5 Mds € (par ailleurs, notons qu'il n'y a aucun chiffrage des surcoûts occasionnés par la mise en place de ce dossier informatisé, et la photo sur la carte Vitale) ;*
- *développement des génériques : 2,3 Mds € ;*
- *centrales d'achat : 1,6 Mds € ;*

- *diminution des indemnités journalières : 0,8 Mds €, soit une diminution de 20% des IJ !*

*Soit au moins 8,2 Mds € sans aucune justification sérieuse »*

Par ailleurs, l'augmentation de 0,7% de la CSG sur les placements sert en réalité à compenser les conséquences de la suppression de l'avoir fiscal, qui représente une perte de recettes de 0,5 Md € pour le régime général.

## **Conclusion : une réforme que organise un changement de système.**

Aux yeux de nombreux salariés, la réforme apparaît simplement comme le 17<sup>ème</sup> plan de redressement de la Sécurité sociale.

Quand on l'étudie attentivement, en lien avec les éléments de la politique de santé, comme l'hôpital 2007 ou la loi d'orientation de santé publique, on voit que sa portée est beaucoup plus importante. Elle porte en germe une rupture avec les principes de 1945. C'est le cas à travers le pilotage du système, qui constitue un pas important vers l'étatisation.

Au-delà, quand on étudie de près la réforme, sa logique comptable, l'absence de mesures de financement à la hauteur des besoins, la croissance du reste à charge (forfait par feuille de soins, hausse programmée du forfait hospitalier), se dessine une autre logique.

Quand on se rappelle les analyses du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur les causes structurelles de leur croissance, le poids très élevé des maladies longues et coûteuses, et qu'en même temps le gouvernement affiche l'objectif de ramener la croissance des dépenses d'assurance maladie à 2,5% en 2007 (alors que la croissance moyenne des dépenses de santé est de plus de 5% par an en moyenne depuis 1960), quand par ailleurs le projet gouvernemental ouvre la voie à une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, on voit se dessiner une logique qui n'est pas très éloignée de la séparation petits risques/gros risques et de la logique qui sous-tendait le rapport Chadelat. Une concentration croissante des dépenses de l'assurance maladie sur les gros risques (les ALD) et sur la couverture des pauvres (la CMU), et pour les autres ménages un transfert croissant du financement des dépenses sur les couvertures complémentaires avec un dispositif d'aide fiscale. Une logique s'éloignant progressivement des principes de 1945, pour tendre à se rapprocher des conceptions anglo-saxonnes.