

Projet de loi Douste-Blazy
Principales innovations
Le Figaro, 16 juin 2004

Organisation et accès aux soins

Aide à la complémentaire santé

Deux mesures sont prévues : l'extension de la CMU à 300 000 enfants supplémentaires (coût 200 millions), et l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour 2 millions de personnes dont les revenus dépassent de 15% le plafond actuel de la CMU. Cette aide de 150 euros par an en moyenne, soit environ la moitié du coût d'un contrat complémentaire, sera modulée en fonction de l'âge (coût net : environ 200 millions) et prendrait la forme d'un crédit d'impôt.

Création d'une franchise de 1 euro par consultation

Cette mesure qui fait l'unanimité syndicale contre elle (*voir ci-dessus*) est censée responsabiliser les patients. En seront exonérés les moins de 16 ans, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU. Elle ne sera remboursée ni par la Sécurité sociale ni par les assurances complémentaires, sous peine de perdre les exonérations sociales et fiscales liées aux contrats complémentaires.

Le dossier médical personnel informatisé

Un «*dossier médical personnel*», rempli à l'issue de «*chaque acte ou consultation*», sera généralisé pour tous les patients de plus de 16 ans d'ici à 2007. Il a pour but de limiter les actes et les prescriptions redondantes et de permettre une meilleure coordination entre les consultations faites en ville et celles faites à l'hôpital. Il contiendra des «*éléments de diagnostic et thérapeutiques*», sous une forme à négocier avec les professionnels de santé, très soucieux de conserver le secret médical. Le dossier sera «*créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel*» et ne sera consultable que par le médecin et le patient.

Sa mise en oeuvre, dont le coût est estimé entre 200 et 400 millions, demandera un gros investissement informatique, notamment pour rendre compatibles les systèmes d'information déjà existants. Son utilisation sera obligatoire et devrait à terme conditionner le remboursement des soins aux patients.

Le choix d'un médecin traitant

Les patients pourront se choisir un médecin traitant (généraliste ou spécialiste), chargé de coordonner leurs soins et de les adresser, le cas échéant, à un spécialiste. Les patients qui ne souhaitent pas suivre ce «parcours», et qui consulteraient directement un spécialiste, s'exposent à devoir payer un dépassement d'honoraire. Le montant et les modalités de ce dépassement qui pourrait ne pas être pris en charge par les mutuelles restent à négocier avec les syndicats médicaux, lors des discussions conventionnelles. La CFDT et la Mutualité sont très hostiles à cette liberté tarifaire, même encadrée : elles estiment que c'est le remboursement et non le tarif médical qui doit être modulé en fonction du parcours du patient.

Lutte contre les abus, amélioration des pratiques

Des sanctions seront prises à l'encontre des médecins et assurés «auteurs d'abus», notamment sur les arrêts maladie. Le projet de loi instaure à cet effet un dispositif d'amendes administratives. Lorsqu'un arrêt maladie est médicalement injustifié, le patient sera tenu de rembourser les indemnités indûment perçues, sauf si l'abus est imputable au médecin ou à l'entreprise. De son côté, le médecin qui prescrit trop d'arrêts pourra, après avis d'une commission, voir son droit de prescription suspendu pendant six mois. La commission examinera également si les arrêts de travail sont imputables à la politique sociale de l'entreprise, auquel cas celle-ci sera sanctionnée.

Les médecins seront par ailleurs tenus de «*participer à une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle*». Enfin, la **carte Vitale** sera progressivement munie d'une photo, et la carte d'identité pourra être exigée.

Pilotage clarifié de l'assurance-maladie

Création d'une haute autorité de santé

Une Haute «*Autorité scientifique indépendante*» émettra «*des recommandations pour déterminer ce qui doit être admis au remboursement*». La Haute Autorité passera en revue les médicaments pour en déterminer le «*service médical rendu*», mais aussi les examens, radios, prescriptions, etc., liés à une pathologie. Elle veillera «*à l'élaboration et à la diffusion de référentiels de bon usage des soins ou de bonne pratique*».

Création d'un comité d'alerte

Innovation majeure, ce nouveau comité est chargé d'alerter l'Etat et l'assurance-maladie quand apparaît «*un risque sérieux*» que les objectifs de dépenses votés par le Parlement soient dépassés, comme ce fut constamment le cas depuis 1996. Le comité sera composé de trois experts : le directeur de l'Insee, le secrétaire général de la commission des

comptes de la Sécu et une personnalité nommée par le président du Conseil économique et social. Le comité, qui ne prendra pas de décision, est conçu comme un «*dispositif d'aide à la responsabilisation des acteurs*». En cas d'alerte, l'assurance-maladie et l'Etat «*élaboreront chacun dans leur domaine de compétence des mesures de redressement dont l'impact sera évalué par le comité*».

Relations Etat - assurance-maladie

L'Etat fixe les grandes orientations de politique de santé et reste garant de l'égal accès aux soins et de l'équilibre des comptes dans un cadre pluriannuel.

L'Etat délègue la gestion à l'assurance-maladie qui fixe les tarifs des actes et le taux de remboursement dans des limites fixées par l'Etat et après avis de la Haute Autorité de santé. Elle négocie les conventions avec les professions de santé et participe au comité de l'hospitalisation, ainsi qu'au comité économique des produits de santé (politique du médicament). Elle est également chargée de préparer le budget voté par le Parlement et, le cas échéant, les mesures de redressement sur demande du comité d'alerte. C'est elle qui pourra le cas échéant augmenter la franchise de 1 euro par consultation.

Les nouvelles instances de l'assurance-maladie

Les trois grands régimes (Cnam des salariés, Canam des professions indépendantes, MSA du monde agricole) sont réunis en une **Union nationale des caisses d'assurance-maladie** (Uncam), dotée d'un conseil d'orientation et d'un directeur. Le directeur de cette Uncam est le directeur de la Cnam. La Cnam est elle aussi dotée d'un conseil qui comprend un nombre égal de représentants des salariés et des employeurs désignés par leurs organisations, ainsi que des représentants «*d'autres acteurs de santé et de la Mutualité*». Ce conseil a un rôle «*d'orientation stratégique*», et le directeur un rôle «*de mise en oeuvre opérationnelle*». Homme fort de l'assurance-maladie, le directeur est nommé pour cinq ans par l'Etat, avec l'accord du conseil, qui ne peut s'opposer à ses décisions qu'à la majorité des deux tiers.

Relations entre assurance-maladie et assurances complémentaires

Une «**union nationale des organismes de protection sociale complémentaire**» (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances privées) est créée pour établir un dialogue entre la Sécu et les complémentaires «*dans le respect de la prééminence de l'assurance-maladie obligatoire*».

En outre, **un institut des données de santé** est créé sous la forme d'un groupement d'intérêt public : il doit veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque et au partage des données dans le respect du principe d'anonymat. C'est un premier pas vers la transparence du contenu des dépenses. Mais les organismes complémentaires veulent davantage. Pour ne plus rembourser «à l'aveugle», ils veulent connaître le détail de ce qui est remboursé à leur «client» par la Sécu, et ne plus recevoir seulement une facture globale.

Les assureurs privés suggèrent que ces données personnelles leur soient communiquées directement après «*consentement du patient*». Pour préserver l'anonymat, les mutuelles préféreraient que les données personnelles transitent par «*un organisme tiers aveugle*». Pour l'heure, le secrétaire d'Etat à l'Assurance-Maladie, Xavier Bertrand, affirme que «*les assureurs privés n'auront pas accès aux données*» du dossier médical personnel.