

Rolande RUELLAN
conseiller maître à la Cour des comptes

Groupe de travail de la Commission
des comptes de la sécurité sociale

RAPPORT

SUR LES RELATIONS ENTRE L'ETAT

ET L'ASSURANCE MALADIE

Objectif de la mission

Par lettre du 25 septembre 2001, M. MATTEI, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées m'a demandé d'animer un des trois groupes de travail de la commission des comptes de la sécurité sociale dont il avait décidé la création. Ce groupe a reçu pour mission d'établir « un état des lieux partagé des relations entre l'Etat et l'assurance maladie » et d'étudier « la nature des missions des différents acteurs de notre système de santé et d'assurance maladie ». L'objectif est de faire apparaître les « axes d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie ». D'où le nom couramment donné à ce groupe.

Le présent rapport a l'ambition de restituer fidèlement les positions énoncées par les membres du groupe. Son rédacteur en assume la responsabilité dans la mesure où, pour des raisons évidentes, il n'a pu être collectivement examiné avant sa remise au Ministre. Ses grandes lignes ont cependant été présentées oralement lors de la dernière réunion du groupe.

A Paris, le 2 décembre 2002.

Rolande RUELLAN

INTRODUCTION : LA METHODE DE TRAVAIL DU GROUPE

Par lettres du 8 octobre 2002, les membres de la commission des comptes de la sécurité sociale concernés par les thèmes confiés aux trois groupes de travail ont été invités à s'inscrire dans un ou plusieurs de ces groupes.

Par lettres du 18 octobre, les organisations et personnes ayant accepté de participer au groupe sur la gouvernance de l'assurance maladie¹ ont été informées de la programmation de trois réunions : les 29 octobre, 5 et 13 novembre, la mission devant s'achever le 15 novembre. Un délai supplémentaire ayant été accordé, une quatrième réunion s'est tenue le 26 novembre.

Les membres du groupe ont :

- exprimé leur satisfaction à l'égard de l'initiative du ministre de réunir trois groupes de travail, certains observant cependant que la situation financière de la branche est le sujet le plus urgent, la solution n'étant pas de faire payer les déficits actuels par les générations futures ;
- donné un accord général sur la méthode de travail proposée ;
- mais regretté le délai trop court accordé au groupe pour traiter un tel sujet ;
- enfin jugé artificiel le découpage des sujets entre les trois groupes.

Une partie du groupe a, d'autre part, estimé que le lien devait être fait avec le dossier de la régionalisation de la santé.

Il a été proposé au groupe de travailler à partir des termes figurant dans la lettre de mission, soit : système de santé, assurance maladie, acteurs, missions, relations entre l'Etat et l'assurance maladie.

A cette fin, un canevas de discussion a été proposé à partir de la deuxième réunion.

Le présent rapport constitue la synthèse des réflexions du groupe autour de quatre points :

- les relations entre le système de santé et l'assurance maladie
- les acteurs en présence et la nature de leurs missions
- l'appréciation de la répartition actuelle de ces missions sur les divers aspects du système de santé et d'assurance maladie
- l'appréciation de la régionalisation mise en place depuis une dizaine d'années et ses perspectives.

Le groupe n'était pas chargé de proposer des solutions, encore moins un schéma global de réforme. Cependant, la formulation des critiques adressées à la situation actuelle laisse entrevoir les pistes de solutions souhaitées par les uns et les autres, ou du moins celles dont ils ne veulent pas.

La lettre de mission demandait au groupe d'établir un état des lieux partagés. Le présent rapport s'efforcera de présenter les points de convergence, mais aussi les divergences qui subsistent.

¹ Voir en annexe la liste des membres inscrits dans le groupe.

I- LES RELATIONS ENTRE LA POLITIQUE DE SANTE ET L'ASSURANCE MALADIE

Le groupe s'est d'abord accordé sur le *caractère pluridisciplinaire de la politique de santé* : il y a une dimension santé dans beaucoup de politiques publiques qui relèvent d'autres ministères : c'est la compétence de l'Etat de préserver la santé, d'assurer la prévention primaire des maladies (l'action relève des ministères chargés de l'agriculture, de l'environnement, du logement, du travail, des transports, de l'industrie etc). Les *déterminants de la santé* sont principalement dans ces domaines et le ministre de la santé devrait avoir plus de poids sur ces questions.

Les différentes branches de la sécurité sociale constituent chacune l'essentiel (mais pas la totalité²) des modalités de mise en œuvre des politiques sociales : les retraites pour la politique en direction des personnes âgées, les prestations familiales pour la politique de la famille, la prise en charge de la prévention et de l'indemnisation des accidents du travail pour la sécurité au travail.

L'assurance maladie constitue également l'essentiel des moyens de financement du volet sanitaire de la protection de la santé des populations. Le budget de l'Etat comporte, en effet, des crédits très limités dans ce champ. Pendant longtemps, la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie a peu tenu compte d'une politique de santé qui était d'ailleurs peu définie.

Pendant près de 50 ans, ont fonctionné pour se conforter mutuellement un système d'assurances sociales générateur de droits illimités au profit des personnes assurées (dans la limite des taux de remboursement) et une médecine de ville libérale, fonctionnant selon les principes de la charte de 1926. Pendant longtemps, les cotisants, puis les seuls patients ont supporté le coût de cette inorganisation en payant plus tout en étant moins bien pris en charge. Il en est résulté un système moins protecteur et très opaque, l'assurance maladie ne sachant pas ce qu'elle paie (payeur aveugle) et les systèmes d'information étant quasiment inexistant.

Depuis une dizaine d'années, la politique de santé est mieux identifiée à travers des orientations adoptées depuis 1997 par le Parlement et déclinées aux niveaux national et régional en priorités et programmes d'actions. *La question est de mieux articuler la mise en œuvre de ces priorités de santé avec la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie.*

La préoccupation de cette articulation est récente : elle remonte au début des années 90 et a été consacrée par la réforme de 1996 qui prévoit que l'article 1^{er} de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) approuve un rapport sur les orientations de la politique de santé et de protection sociale.

Dès lors que l'assurance maladie est l'instrument financier majeur de la mise en œuvre de la politique de santé dans son volet sanitaire, il était inévitable que l'Etat intervienne davantage dans son pilotage. L'assurance maladie n'était plus seulement un système d'assurance

² De nombreuses politiques publiques intègrent la prise en compte des préoccupations familiales, les problèmes de la vieillesse etc : la politique d'éducation et de formation, la politique du logement, la compétence des collectivités décentralisées en matière d'aide sociale, la politique fiscale etc.

redistribuant des sommes prélevées sur les revenus professionnels et uniquement préoccupé de maintenir son équilibre. Elle devait désormais intégrer des objectifs de santé publique et des préoccupations d'efficacité sanitaire, ce qui a conduit à mettre en place des objectifs et des outils de gestion du risque afin de s'assurer de l'utilisation médicalement justifiée de fonds publics. Il s'agit, en théorie, de ne prendre en charge que ce qui est nécessaire et efficace et de dégager des moyens pour assurer un égal accès de tous au progrès médical pour les affections les plus lourdes et les soins les plus coûteux.

Mais cette ambition qui s'est accrue au fur et à mesure que s'aggravaient les déficits de l'assurance maladie, alors que s'accroissait la prise de conscience des insuffisances dans la prise en charge de la santé des citoyens, a conduit aux difficultés relationnelles entre l'Etat et l'assurance maladie, difficultés qui n'existent pas dans les autres branches.

Les difficultés récurrentes du pilotage de la politique de santé et d'assurance maladie partagée entre l'Etat, les caisses et les professionnels de santé sont donc dues aux *particularités de la branche* : son lien étroit avec la politique de santé et la relation triangulaire, et non plus bilatérale, qui doit s'établir entre les assurés, les prestataires de soins et l'assureur.

Le groupe n'a pas contesté les liens nécessaires, inévitables qui existent entre la définition d'objectifs de santé et l'intervention des organismes d'assurance maladie. Mais, tout au long des réunions est revenue la revendication de clarification des pouvoirs entre l'Etat et les caisses ou entre l'Etat et les partenaires sociaux.

Deux points de vue se heurtent traditionnellement :

- l'idée selon laquelle il est possible et il faut distinguer des champs de compétences bien distincts pour l'Etat d'un côté, pour les caisses de l'autre
- l'idée selon laquelle, aucune séparation simple n'est possible dès lors que santé et assurance maladie sont liées et que l'assurance maladie n'est qu'un outil au service de la santé.

Cette deuxième conception a inspiré le plan Juppé. Mais celui-ci avait fait le pari que des relations partenariales s'instaureraient entre l'Etat, les caisses et les professions de santé, à travers les conventions d'objectifs et de gestion (COG), chaque partenaire ayant son rôle à jouer et l'Etat conservant le dernier mot en cas de carence des partenaires conventionnels. Ce partenariat n'a pas bien fonctionné. La CGC considère que l'échec est précisément dû à la confusion des genres.

La LFSS 2000 a instauré un partage de compétences plus radical avec la création de l'objectif de dépenses délégué (ODD), soit une répartition par domaine : les politiques hospitalières et du médicament relèvent exclusivement de l'Etat, tandis que les caisses sont chargées de gérer une enveloppe de soins de ville, sous le contrôle de l'Etat dont le pouvoir de tutelle était plus encadré. Mais cela n'a pas davantage réussi.

Avant d'examiner plus en détail les domaines de responsabilités de l'Etat et de l'assurance maladie, le groupe s'est interrogé sur les concepts : qui sont les acteurs, quelle est la nature de leurs missions. Cette clarification étant destinée à mieux établir les causes des difficultés.

II- LES ACTEURS EN PRESENCE ET LA NATURE DE LEURS MISSIONS

Le groupe était invité à définir les acteurs, leur légitimité et la nature des missions qu'ils se partagent dans la conduite des politiques de santé et d'assurance maladie. Il était important de vérifier si un accord existe sur ces concepts.

A- Les acteurs

On peut citer : l'Etat, les collectivités territoriales³, les partenaires sociaux, les associations d'usagers, les professions et établissements de santé, les organismes gestionnaires, les citoyens.

Si l'on met à part les assurés qui sont les clients et financeurs du système, on peut distinguer trois acteurs principaux : l'Etat, les caisses d'assurance maladie et les producteurs de biens et services de santé.

1- L'Etat

Il s'agissait, à ce stade, de déterminer ce qu'on entend par « Etat » et par « étatiser ».

Il était important d'acter que *l'Etat*, c'est d'abord le Parlement et le Gouvernement, trop souvent le mot étant entendu comme signifiant l'administration. C'est en second lieu, l'administration : les directions centrales et déconcentrées des ministères. Certains membres ont insisté sur la distinction entre l'Etat, notion politique et l'Etat, notion administrative, parfois pour juger que l'administration n'est pas la plus légitime ou apte à gérer ces questions.

Le débat a ensuite porté sur la place des caisses nationales, notamment quand il s'agit d'établissements publics administratifs de l'Etat, comme c'est le cas dans le régime général. Sachant que les établissements publics mettent en œuvre une décentralisation fonctionnelle, en ce sens qu'ils sont soumis à la tutelle et pas à l'autorité de l'Etat, la question de leurs relations avec l'Etat a été discutée. Sont-ils ou non l'Etat ? Il a été rappelé que la formule se développe avec la création récente, sous forme d'établissements publics ou de groupements d'intérêt public (GIP), de nombreuses agences nationales et régionales dans le domaine de la santé.

Les membres du groupe voient les caisses nationales plus à l'image des autres caisses que comme des établissements publics de l'Etat, d'où leur protestation contre l'intervention jugée excessive de l'Etat dans leur fonctionnement. Ils se refusent à les mettre sur le même plan que des établissements tels que l'AFSSAPS ou l'ANAES qui ont pour mission de donner à l'Etat les éléments techniques de sa décision (CGC). L'histoire des caisses, la composition de leur conseil d'administration et leur place dans un ensemble essentiellement constitué d'organismes privés expliquent cette réaction⁴.

³ Le groupe a contesté la compétence maintenue aux départements en matière, notamment, de prévention du cancer.

⁴ Il faut se rappeler toutefois que dans le régime général, l'échelon national a toujours été constitué, depuis 1945, par un, puis à partir de 1967, par quatre établissements publics.

Il a été observé toutefois que toutes les caisses nationales, organismes privés ou établissements publics administratifs (EPA) ont ou peuvent avoir les mêmes pouvoirs à l'égard des caisses de leur réseau. Elles ont la même nature de composition de conseil et leurs relations avec l'Etat sont toutes organisées désormais par des COG. La différence essentielle est le mode de désignation du directeur qui, dans les EPA, est nommé par l'Etat et non par le conseil.

Il a ensuite été demandé au groupe de dire ce qu'il entend par « étatiser » l'assurance maladie, formule souvent entendue. S'agit-il de transférer aux administrations nationales et régionales de l'Etat des compétences actuellement exercées par les caisses, ou bien également d'organiser différemment les institutions personnes morales chargées de mettre en œuvre la politique de santé et d'assurance maladie, de modifier la composition des conseils d'administration ou le mode de nomination des directeurs ?

Pour la CFDT, le dispositif défini en 1996 ne fonctionne pas car les partenaires sociaux ne peuvent pas assumer leurs responsabilités. Il faut donc faire des choix : ou bien on étatise ou bien l'Etat stratège confie à la société civile (les partenaires sociaux) la gestion d'une partie du système de santé. Si les établissements publics font partie de l'Etat, un problème d'articulation se pose. La COG introduite par les ordonnances de 1996 avait pour objet de clarifier les rôles de l'Etat et de l'assurance maladie : si les caisses nationales sont le bras de l'Etat, celui-ci contracte avec lui-même et rien n'est clarifié. Etatiser encore plus la gestion de la sécurité sociale signifierait que l'Etat conçoit, met en œuvre et contrôle. Si l'Etat décide d'accorder une vraie délégation de gestion, cela suppose une évolution du statut des caisses nationales qui ne peuvent plus être des établissements publics

Dès lors, pour une partie du groupe, le risque d'étatisation existe lorsque non seulement l'Etat gère directement avec ses propres services, mais aussi quand il confie la gestion à des personnes morales autonomes de droit public, sous tutelle et pas sous autorité, mais dont il désigne les responsables. Or, selon la CFDT, étatiser la gestion de l'assurance maladie conduirait à supprimer son caractère d'assurances sociales. Soumise à des règles budgétaires, elle risquerait d'évoluer vers un système de prestations sous condition de ressources.

Pour le MEDEF, les caisses nationales du régime général (qui couvre en maladie 85 % de la population) sont des EPA pilotés par l'Etat qui assume toute la responsabilité en matière de prestations, de financement et de modes de gestion. Les partenaires sociaux ne sont qu'une caution, un alibi. L'Etat décide de tout mais il décide mal, il n'aime pas arbitrer. Il y a donc un besoin de clarification, même s'il ne faut pas attacher trop d'effets à la nature publique ou privée des caisses.

Pour la CGPME, l'Etat agit sans véritable concertation et sans expliquer ses motivations. S'il veut réexaminer l'ensemble de ses relations avec l'assurance maladie, il doit commencer par les fondations en fixant des axes précis et des moyens adaptés. Les partenaires sociaux doivent être sollicités sur des questions précises. *Si l'Etat accorde une vraie délégation de gestion avec des moyens de régulation adaptés, la CGPME est prête à revenir dans les conseils, sous réserve que l'Etat laisse ensuite les partenaires sociaux libres d'agir dans le domaine attribué. Il doit s'engager à ne plus interférer dans la gestion concrète.*

Pour l'UPA, il faut distinguer entre l'Etat et les gestionnaires, séparer les responsabilités politiques et les responsabilités de gestion. Si l'Etat délègue des responsabilités aux partenaires sociaux, il ne doit plus intervenir.

Les partenaires sociaux s'entendent pour considérer que l'Etat doit être stratège, régulateur, arbitre, garant, mais pas gestionnaire. Les gestionnaires naturels sont les partenaires sociaux. Cela signifie, notamment, que l'Etat ne doit pas piloter les caisses nationales.

2- L'assurance maladie

Sur la définition des termes « assurance maladie », le débat a été largement escamoté. Il s'agissait de déterminer ce que chacun entend par cette expression, soit :

- un mode de financement des dépenses de soins : des prélèvements affectés (cotisations ou impôts)
- une organisation : des caisses, personnes morales autonomes gérant un service public
- un mode de pilotage : des conseils d'administration composés pour l'essentiel de partenaires sociaux.

Il s'agissait de choisir la définition la plus significative, sachant que ces trois conceptions ne sont pas forcément toujours réunies à l'étranger, ni même en France.

La CGC considère que l'assurance maladie est d'abord une organisation et ensuite un mode de pilotage. Mais le débat n'a pas permis de dissiper la confusion entre diverses expressions - assurance maladie, régimes, caisses, partenaires sociaux- utilisées parfois indifféremment, comme des synonymes. On semble confondre l'objet (le régime), la formule de gestion (la caisse, personne morale autonome) et la composition du conseil (essentiellement des représentants des employeurs et des assurés). Les membres du groupe ne semblaient pas pouvoir imaginer des organismes dont le conseil ne serait pas essentiellement sinon exclusivement composé de partenaires sociaux car ils s'identifient aux caisses : quand on évoque les pouvoirs des caisses, ils entendent « pouvoirs des partenaires sociaux », d'où l'impossibilité de discuter de ce qu'il faut entendre par assurance maladie.

L'essentiel de la discussion a, de ce fait, porté sur les conseils d'administration et la légitimité de la démocratie sociale.

Pour le MEDEF, si l'Etat est par nature légitime, il doit dire clairement ce qu'il veut faire des partenaires sociaux, si la démocratie sociale a encore un sens et à quoi elle doit servir, pour quelles missions. La CFTC accepte le rôle de l'Etat dans l'assurance maladie mais rappelle que la gestion de la sécurité sociale relève de la mission des partenaires sociaux.

La CCMSA et la CANAM ayant rappelé qu'elles ne sont pas des établissements publics et que leur conseil résulte d'élections, ce qui assoit leur légitimité, un débat s'est engagé sur le *mode de désignation des administrateurs*. Bien que certains membres du groupe (CFDT, MEDEF) aient estimé que la composition du conseil est un sujet second par rapport au contenu de la délégation de gestion, d'autres membres, ou parfois les mêmes, ont placé le débat sur le terrain de la légitimité pour conclure que celle des partenaires sociaux est d'une nature différente de celle de l'Etat et serait mieux garantie par *l'élection et un mandat donné par les assurés* : telle est la position de la CFTC, de la CGT et de FO. Ces deux dernières organisations s'interrogent sur la nécessité ou non d'une instance consultative prenant place à

côté des conseils et qui regrouperait d'autres catégories d'acteurs, tels que la mutualité, des experts scientifiques et des personnalités qualifiées.

Pour le MEDEF, ou bien les syndicats sont représentatifs et ils désignent leurs représentants ; ou bien le système est électif et il doit alors être ouvert à toutes les candidatures. Il ne faut pas mêler les deux logiques. La désignation est un moindre mal.

MG France considère également qu'il n'y pas lieu d'organiser des élections pour désigner les administrateurs des caisses, en raison du risque de conflit de légitimité avec le Parlement. Pour que les caisses soient légitimes, il suffit que le Parlement leur délègue des compétences. Ce point de vue est partagé par la CFDT.

En outre, le groupe s'est majoritairement prononcé pour *un strict paritarisme*, excluant ainsi la participation aux conseils d'administration d'autres partenaires tels que la mutualité ou les associations d'usagers. La place des associations d'usagers n'est pas clairement définie. Même si dans le contexte du développement de la démocratie sanitaire, chacun leur reconnaît un rôle légitime, celui-ci ne doit pas s'exercer au sein des conseils car elles ne représentent pas l'intérêt général. La CFDT admet que les conseils comprennent, comme aujourd'hui, quelques personnalités qualifiées, dès lors que les partenaires sociaux garderaient le contrôle des conseils. Par contre, l'éviction de la mutualité serait justifiée par son association (avec la FFSA et le CTIP) aux négociations conventionnelles.

Dès lors, le groupe ne conçoit pas que les partenaires sociaux ne soient plus, en tant que tels, identifiés comme les responsables de l'assurance maladie et qu'ils soient seulement associés, avec d'autres partenaires, dans la prise de décisions.

3- Les professions de santé

Face au reproche d'étatisation rampante, d'interventionnisme excessif de l'Etat, il a été observé que les professions de santé se tournent volontiers vers l'Etat quand elles ne sont pas satisfaites de leurs relations avec les caisses. Selon FO, elles ont raison, puisqu'elles savent qu'elles seront entendues et pour la CGC, l'échec des négociations est dû à l'interventionnisme de l'Etat. Dès lors, un débat s'est engagé sur le bipartisme ou le tripartisme, les mots ne désignant pas exactement la même relation selon les membres du groupe.

Pour les uns, le bipartisme, c'est la gestion des relations conventionnelles par les partenaires sociaux, le tripartisme de fait actuel avec l'Etat étant rejeté.

Pour les LEEM (ex SNIP)⁵, seule une relation bilatérale entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique est concevable car la politique d'acheteur avisé des caisses est trop à court terme. Cette vocation justifie la présence des caisses au Comité économique des produits de santé. Mais le médicament a besoin de perspectives à plus long terme et la politique du médicament comporte des aspects qui ne peuvent être pris en charge par les caisses. Le partenariat avec l'Etat est perfectible mais l'industrie ne peut envisager d'être intégrée dans la gestion des prestations ambulatoires déléguée aux caisses. Cela n'empêche pas de développer des relations entre l'industrie du médicament et les caisses, ce qui est d'ailleurs le cas.

⁵ Les LEEM ne sont pas membres de la commission des comptes de la sécurité sociale. M. Lemoine, leur vice-président délégué qui est personnalité qualifiée à cette commission, s'est fait représenter au groupe de travail. D'autres personnalités qualifiées se sont également fait représenter.

Pour d'autres encore, un tripartisme officiel -Etat -caisses - professions de santé- est souhaitable car il permettrait de gagner du temps, dès lors que les professions veulent pouvoir d'adresser à l'Etat. Le CNPS indique que la majorité de ses membres souhaite mettre en place un vrai tripartisme, une commission tripartite chargée de l'expertise partagée des politiques conventionnelles et du secrétariat des relations conventionnelles destiné à préparer et suivre les négociations. C'est également la position d'Alliance. Par contre, MG France souhaite des relations conventionnelles avec les seuls partenaires sociaux, car c'est la situation qui prévaut actuellement, même si les raisons historiques de la délégation de gestion aux partenaires sociaux ne sont plus réunies.

*Sur le contenu des relations conventionnelles, le groupe considère qu'il doit correspondre au champ de la délégation de gestion accordée aux caisses. Il doit être large, ne pas se limiter à la fixation des honoraires mais, au contraire, intégrer la mise en œuvre de l'organisation des soins, du panier de soins etc. (v. *infra*). A cet égard, il faut noter une totale superposition des positions exprimées par la CNAMTS et MG France, seul syndicat de médecins actif dans le groupe.*

B- LES MISSIONS

Selon le type de mission exercée, les acteurs précédemment identifiés sont décideurs, prestataires de services, gestionnaires de procédures ou contrôleurs.

1- Schématiquement, on peut distinguer au sein du domaine santé - assurance maladie quatre types de missions :

- (1) la conception des politiques de santé, de protection sociale : fixation des objectifs, des principes, des règles
- (2) la mise en œuvre des politiques : soit directement par l'administration (textes d'application, circulaires d'interprétation), soit par délégation confiée par la loi à d'autres acteurs : caisses et professions de santé qui agissent par la voie conventionnelle ou par des décisions individuelles
- (3) la gestion administrative des dossiers individuels dans les relations avec les assurés et les professionnels de santé
- (4) le contrôle du respect de la loi, des conventions, du bon usage des fonds publics, de la qualité des soins.

Les missions 1 et 4 sont exclusivement de la compétence de l'Etat, même si toute décision suppose au préalable une concertation (v. *infra*, 2) et si certaines missions de contrôle peuvent être exécutées par des personnes morales distinctes de l'Etat mais agissant pour son compte. La mission 2 relève également de l'Etat dans la plupart des branches de la sécurité sociale. Seule, la mission 3 est le domaine propre des caisses sous réserve du contrôle de légalité.

On pourrait ajouter la production des soins qui est le fait exclusif des professionnels de santé, établissements de soins et fabricants de produits de santé.

La branche maladie présente au moins trois particularités par rapport aux autres branches :

- ses interlocuteurs sont non seulement les assurés mais aussi les prestataires de soins, véritables ordonnateurs de ses dépenses ;
- la délégation de compétences accordée aux caisses va au delà de la gestion des prestations, puisqu'elle comporte la mise en œuvre de dispositions législatives dans des instruments conventionnels négociés avec les professions de santé ;
- enfin, conséquence de ce qui précède, la gestion des prestations inclut une gestion du risque plus complexe puisqu'orientée tant vers les assurés que vers les professions de santé et intégrant non seulement la régularité des actes mais aussi le bon usage des fonds.

Les différents acteurs peuvent exercer une ou plusieurs missions. Ainsi, les professionnels de santé sont des prestataires de services, mais par leurs syndicats, ils participent aussi à la mise en œuvre de la loi. De même, les partenaires sociaux participent à l'élaboration de la décision politique dans le cadre des consultations et ils participent à la gestion de l'assurance maladie au sein des conseils d'administration des caisses.

La CFDT considère que la mission 1 intègre la mise en œuvre réglementaire et que la définition donnée de la mission 3 correspond à une conception trop restrictive de la gestion. Si la gestion n'est que le service des prestations, n'importe quel acteur peut s'en charger, les partenaires sociaux n'y sont pas très attachés. L'Etat ne doit pas cantonner les partenaires sociaux dans le rôle de remboursement des soins. Le groupe revendique pour les partenaires sociaux un contenu plus large pour leur mission de représentation des intérêts des usagers, cotisants et prestataires. Pour la CFDT, la gestion doit ainsi englober la gestion du risque, mais aussi l'organisation du système de soins, la négociation conventionnelle, laquelle ne se limite pas aux rémunérations mais inclut la qualité des soins.

2- La participation des partenaires sociaux ou des caisses à la décision politique

Pour le MEDEF, la question du bi, tri ou quadripartisme ne se pose que pour la concertation. Au delà, « il faut un pilote dans l'avion », un décideur clairement identifié.

Il était proposé au groupe d'examiner la fonction consultative des conseils des caisses nationales.

Pour remplir sa mission de définition des politiques, l'Etat s'entoure d'avis de diverses instances et personnes compétentes, dont les partenaires sociaux. Il doit également consulter les conseils d'administration des caisses nationales concernées.

Les conseils d'administration des caisses nationales ont, en effet, deux types de missions :

- ils prennent des décisions de mise en œuvre et de gestion dans le domaine qui a été délégué aux caisses par la loi : gestion des prestations qui inclut gestion du risque et politique de contrôle, ainsi que négociations avec les professions de santé ;
- ils sont consultés sur tous les textes qui concernent les compétences de la caisse : c'est normal dans la mesure où ces textes ont des incidences sur la gestion. La vraie concertation sur ces textes est pourtant plus avec les services techniques des caisses qu'avec les conseils en raison de leur technicité. Les textes sont aussi bien, en effet, des projets de loi ou de décrets importants que des mesures de portée limitée et technique.

Dès lors, la valeur ajoutée des conseils est faible le plus souvent. Quand il s'agit de mesures importantes, les conseils sont frustrés par les conditions trop tardives de leur saisine et le peu

de cas qui est fait de leurs avis sur des textes déjà arrêtés par les pouvoirs publics. Ils sont mécontents car les réformes importantes sont dans la presse avant même leur saisine.

Cela conduit à poser la question suivante : les conseils des caisses sont-ils le lieu optimal de la concertation avec les pouvoirs publics ? Souvent, sur les réformes importantes, des consultations informelles sont menées au niveau des ministres. Les partenaires sociaux sont bien consultés mais à d'autres niveaux et selon d'autres modalités.

La plainte émise par les partenaires sociaux est-elle une critique faite à la loi qui ne leur délègue pas assez de compétences ou au gouvernement qui ne respecte pas les pouvoirs que la loi leur reconnaît ? Dans les propos, la confusion reste grande.

Faut-il créer une instance de consultation plus politique et plus officielle, telle que l'ancien conseil supérieur de la sécurité sociale ou l'actuelle conférence de la famille ?

La CFTC a demandé une concertation très en amont des décisions politiques : un débat devrait être organisé entre l'Etat et le conseil d'administration de la CNAMTS pour définir les grands axes de la LFSS. Ceux-ci et le niveau de l'ONDAM devraient être négociés avec les partenaires sociaux.

La CGT veut le maintien de la consultation des conseils y compris sur les textes très techniques. Pour les textes plus politiques, il faudrait créer des procédures de discussion en amont de la saisine juridique : le conseil d'administration est le lieu approprié pour mener cette consultation. Ainsi, il devrait être saisi dès le premier semestre des grandes lignes du PLFSS.

La CGC n'admet pas que lorsque les conseils formulent un avis à l'unanimité, l'Etat ne le suive pas. D'autres considèrent que l'Etat reste libre de décider mais qu'il devrait expliquer ses motivations quand il ne suit pas l'avis du conseil.

Certains représentants de professions de santé (CNPS) ont observé qu'ils n'ont pas même une voix consultative au sein des conseils des caisses nationales.

La CNAMTS, considérant la portée, souvent limitée, des textes soumis à l'avis de son conseil, suggère que soient distinguées deux catégories de textes : des textes techniques ayant des effets sur la gestion des caisses et des réformes de plus grande portée politique. Les premiers devraient être soumis comme actuellement à la CNAMTS qui devrait donner son avis en tant qu'institution gestionnaire, sans qu'entrent en considération les oppositions entre partenaires sociaux qui parfois n'ont pas de rapport avec le sujet étudié. Par contre, les réformes de plus grande ampleur devraient être soumises à des procédures de consultation adaptées à leur objet, la CNAMTS n'étant pas seule légitime à formuler un avis.

L'idée de formaliser davantage ces consultations sur la politique de la santé et de l'assurance maladie n'a pas été jugée indispensable par les membres du groupe qui se sont exprimés.

III- L'APPRECIATION DE LA REPARTITION ACTUELLE DES ROLES

Afin d'analyser les difficultés du pilotage du système de santé et d'assurance maladie, il était proposé au groupe de préciser davantage la classique revendication de « clarification des responsabilités », de discuter de la possibilité ou non d'établir une frontière simple entre, d'une part, la politique de santé qui relèverait de la seule responsabilité de l'Etat et, d'autre part, l'assurance maladie qui serait l'affaire exclusive des caisses.

C' est pour la mission 2, dont la mise en œuvre des décisions politiques dans la relation avec les professions de santé est l'élément le plus conflictuel, que se pose essentiellement le problème de la délimitation des compétences de l'Etat, des caisses et des partenaires conventionnels. Une telle délimitation est-elle possible et à quelles conditions ? Peut-on considérer comme légitime que l'Etat n'intervienne pas du tout en cas de blocage des relations conventionnelles, alors qu'il s'agit du fonctionnement d'un service public ?

L'expérience des six dernières années doit permettre de répondre à la question de savoir si l'on peut sortir du tripartisme de fait dénoncé par les partenaires sociaux ou bien s'il est impossible de tracer des frontières claires. Dans ce dernier cas, il faudrait imaginer de nouvelles modalités d'organisation et de travail en commun en relation avec l'objectif de régionalisation (v. *infra*, IV).

Le groupe a été invité à donner une appréciation très concrète de ce qu'il considère comme devant relever de la délégation de gestion accordée aux caisses pour chacune des composantes de la politique de santé et d'assurance maladie

S'agissant de la dimension sanitaire de la politique de santé, différents aspects ont été distingués.

1- La connaissance des besoins de prévention et de soins

Partant du rapport de l'OMS sur la santé dans le monde de 2002, la FNMF a posé la question préalable de la définition des objectifs d'une politique de santé. Doit-on gérer seulement le risque maladie ou le risque d'atteinte à la santé, faire une politique de santé « populationnelle » ou seulement une politique de traitement des pathologies des individus ?

La définition des besoins de soins correspond *à la fois* la prise en charge des maladies graves et coûteuses et à la prise en charge des problèmes de santé courants et plus bénins mais qui peuvent devenir graves, invalidants et coûteux si on ne les traite pas. La dimension préventive est essentielle sous ses aspects d'information, d'éducation à la santé, de prévention des comportements à risques, de dépistage, de suivi etc.

Pour évaluer les besoins, plusieurs membres du groupe ont estimé qu'il faut partir des personnes, de leurs besoins et pas de l'offre de soins existante.

Mais comment définir ces besoins ? Ils sont incommensurables, le degré d'exigence croit plus vite que le degré de satisfaction, d'où des frustrations (MEDEF). Le progrès technique et le vieillissement de la population créent une pression très forte. L'approche par pathologie est évoquée comme une solution au moins pour les maladies graves et coûteuses.

Mais l'évaluation des besoins nécessite :

- en amont, un système d'information performant : données épidémiologiques, connaissance de la fréquence et du mode de recours aux soins, évaluation des traitements etc
- une prévision de la prévalence fondée sur l'observation et sur les projections démographiques
- la définition de protocoles de soins adaptés.

Or, tous ces prérequis ne sont pas encore disponibles. S'il n'est généralement pas contesté qu'ils relèvent de la responsabilité de l'Etat,⁶ force est de constater que leur développement n'a pas constitué pendant longtemps un objectif essentiel, tout au contraire, beaucoup d'acteurs ayant intérêt au maintien de l'opacité. Les retards pris sont imputables à la fois aux caisses, aux professionnels de santé et à l'Etat qui n'a pas su ou pas voulu contraindre les différents acteurs à collaborer et à partager leurs données. Les caisses se sont trop longtemps considérées comme propriétaires de leurs fichiers et les professionnels de santé n'ont pas facilité la montée en charge de sesam vitale en freinant leur informatisation. Le codage des actes a pris du retard. A cet égard, le groupe a reproché à l'Etat de ne pas appliquer ses propres textes, par exemple, les sanctions prévues à l'encontre des médecins refusant d'effectuer les transmissions électroniques de feuilles de soins.

Ces retards sont un handicap dans le pilotage de la politique de santé.

Toutefois, l'approche par les besoins ne peut pas tout résoudre : elle correspond aux priorités de santé publique définies compte tenu de la gravité, de la prévalence de certaines maladies. Elle consiste à orienter des moyens (recherche, prévention, soins) sur certains fléaux. Pour le reste, il s'agit de satisfaire la demande par une définition optimale de l'offre générale de soins du pays : celle-ci comporte des professionnels, des établissements, des équipements, des produits de santé.

2- L'organisation du système sanitaire : les professionnels et les établissements de soins

L'organisation sanitaire doit réaliser l'égalité d'accès aux soins sur le territoire, dans des conditions qui tiennent compte à la fois des besoins des patients et des attentes des professionnels de santé, le tout devant s'inscrire dans la recherche de l'économie de moyens.

Elle existe pour le *secteur hospitalier* dans des conditions imparfaites que les ARH s'efforcent d'améliorer.

Elle n'existe pas pour les soins de ville, à l'exception des pharmacies. La seule forme d'organisation (la permanence des soins, les gardes et astreintes en ville) confiée au conseil de l'ordre sous le contrôle des préfets a volé en éclat.

Le numerus clausus actuel ne peut tenir lieu d'organisation de l'offre de soins et de réponse aux besoins de santé de la population. La question de la démographie des professionnels de santé se posera de plus en plus sous le double aspect de leur répartition sur le territoire et entre les spécialités. La définition des besoins par profession de santé et par spécialité reste largement à construire. L'organisation de la formation initiale et continue et la mise en œuvre effective de l'obligation de formation continue font partie du sujet.

⁶La CGC considère cependant que la responsabilité du système d'information incombe à l'assurance maladie.

La question se pose aussi du *décloisonnement entre soins hospitaliers et soins de ville* : le montage de réseaux de soins, la création de fonds dédiés y suffiront-ils ?

Le groupe a majoritairement considéré qu'actuellement le système de soins n'est pas organisé et pas géré, car l'offre de soins n'est pas pensée en fonction des besoins, lesquels sont mal définis, comme on l'a vu.

Ces questions sont considérées par le groupe comme relevant de la compétence de l'Etat pour la fixation des principes, des cadres, des modes d'actions, qu'il s'agisse :

- des objectifs : égalité d'accès aux soins et au progrès thérapeutique, permanence des soins et qualité des soins,
- des moyens : qu'il s'agisse du système hospitalier ou des soins de ville, de la relation entre les deux secteurs, ainsi qu'avec le secteur médico-social, de la détermination des professionnels nécessaires, de leur formation initiale et continue, de leur répartition optimale géographique et entre les professions et les spécialités.

Par contre, plusieurs membres du groupe (partenaires sociaux, MG France) ont considéré qu'il y a place pour une large délégation de compétences aux caisses et aux partenaires conventionnels, une fois les principes posés et sous la réserve dirimante que la « boîte à outils juridiques » soit fournie par l'Etat. Ils revendiquent un contenu large à la politique conventionnelle qui recoupe plus ou moins celui de la délégation de gestion. Les conventions ne doivent pas se limiter à la dimension tarifaire, mais comprendre la prévention, l'organisation des soins. La CFDT fait cette lecture de la loi du 6 mars 2002.

Ainsi, une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire pourrait être encouragée par des incitations conventionnelles négociées entre les caisses et les syndicats des professions de santé. La CFDT considère que les caisses doivent discuter de l'organisation des soins dans une démarche donnant-donnant : ex l'accord de juin 2002. Mais actuellement, la délégation de gestion qui existe pour la médecine ambulatoire est faussée parce que l'Etat reprend ce qu'il accorde (CGPME). Pour FO, l'Etat décide dans le cadre de la LFSS mais aussi en dehors quand, en cours d'année, il décide par exemple de rembourser le vaccin contre l'hépatite B ou de porter la consultation à 20 euros.

Plusieurs membres du groupe ont considéré que le face à face direct entre l'Etat et les professions de santé n'est pas souhaitable et que les relations sont moins tendues entre les partenaires conventionnels (MG France). L'Etat ne sait pas résister aux lobbies comme le montre sa gestion du dossier des médicaments à SMR faible. A cela le SNIP répond que l'industrie pharmaceutique est le seul partenaire à subir une régulation dure avec la clause de sauvegarde, ce qui ne l'empêche pas de préférer une relation bilatérale avec l'Etat.

Le groupe n'a guère évoqué les responsabilités à l'égard de l'hôpital. Seule, la CFDT s'est exprimée en faveur d'une relation conventionnelle entre les caisses et tous les hôpitaux publics et privés, dès lors que le budget global serait supprimé au profit de la tarification à l'activité. La compétence des caisses porterait sur les soins, les missions de service public étant négociées par l'Etat et financées sur les fonds de l'assurance maladie.

3- Le panier de soins

Les membres du groupe *sont partagés sur le caractère actuel du panier de soins* : selon les uns, il est implicite, pour d'autres, il est explicite, même s'il n'est pas le résultat d'un débat ouvert fondé sur les besoins d'une part, les solutions préventives et curatives dûment évaluées et protocolisées, d'autre part. D'autres encore considèrent que ce panier ne doit pas être positivement et limitativement défini mais seulement de manière négative, c'est-à-dire en excluant explicitement ce qui ne doit pas être pris en charge (CGC). *Enfin, pour résumer l'opinion générale, ce qui prévaut actuellement c'est le « laisser-faire », car l'admission au remboursement et la réévaluation de ce qui est admis ne sont pas pilotés en fonction de finalités prédéfinies.*

En fait, il y a deux catégories de paniers de soins : le panier des soins autorisés (innocuité vérifiée : AMM des médicaments) et le panier des soins pris en charge par les systèmes d'assurance publics. Ainsi, un médicament qui a l'AMM n'est pas automatiquement remboursé. En pratique, cela se recoupe très largement : tous les produits et les actes inscrits dans les nomenclatures sont pris en charge.

Actuellement, le panier de soins existe sous la forme suivante :

- des nomenclatures d'actes et de produits dont la cotation ou le tarif sont théoriquement fonction de leur contenu, de leur technicité, du service médical rendu etc
- mais la mise à jour de ces listes en fonction du progrès thérapeutique a été insuffisante, se traduisant toujours par des adjonctions tardives et jamais par des retraites, en raison des répercussions sur les revenus des producteurs de soins
- la valorisation de ces actes et produits est assurée par la fixation conventionnelle ou réglementaire des prix des produits et des actes opposables au système d'assurance : s'agissant des actes médicaux, leur rémunération est le produit de la cotation fixée par la nomenclature par la valeur d'une lettre clé fixée en principe conventionnellement.

La responsabilité de fixer le panier de soins est actuellement partagée entre d'une part, l'Etat qui fixe les nomenclatures, les tarifs opposables du TIPS et le prix des médicaments et, d'autre part, les parties conventionnelles qui fixent la valeur des lettres clés.

Ce partage entre l'Etat et les parties conventionnelles pour la fixation des actes médicaux et leur valorisation a posé problème à partir du moment où une enveloppe de soins de ville a été fixée au sein de l'ONDAM : les deux responsables devaient harmoniser leur action afin d'œuvrer conjointement au respect de l'enveloppe. Notamment, l'Etat ne devait plus apporter à la nomenclature, en cours d'année, des modifications ayant des effets sur l'objectif de dépenses et perturbant l'équilibre des tarifs conventionnels.

Lorsque les caisses nationales d'assurance maladie ont reçu mission de répartir l'ODD, elles ont reçu le pouvoir de faire des propositions de baisse de cotations d'actes dans la nomenclature à des fins de sanction des dépassements d'enveloppes. Etait-ce cohérent avec la finalité des nomenclatures qui est de coter les actes en fonction de leurs caractéristiques propres au sein d'un classement hiérarchique ? La CGC ne le pense pas.

La loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organisations d'assurance maladie a prévu que les avenants aux conventions fixant les tarifs des actes comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature que les parties signataires envisagent de proposer aux ministres. La décision

reste à l'Etat, sous réserve pour lui d'expliquer ses raisons s'il ne donne pas suite aux propositions. De même, bien que cela ne soit pas précisé, il est souhaitable que les propositions de modification à l'initiative de l'Etat soient soumises à l'avis des caisses avant la négociation des avenants.

Le groupe considère que la détermination du contenu du panier de soins relève de la responsabilité de l'Etat dont la décision doit être fondée sur l'avis de la communauté scientifique. Cet avis doit être recueilli par des instances chargées de dégager le consensus scientifique, celui-ci ne pouvant ensuite être remis en cause par le décideur politique. Si l'Etat reste libre d'inscrire ou non l'acte ou le produit dans le panier de soins remboursables, il doit le faire aux conditions médicales préconisées par la communauté scientifique. Pour la CNAMTS, les accords de bon usage des soins (Acbus), négociés par les URCAM avec les syndicats de médecins, doivent se référer aux protocoles élaborés avec la communauté scientifique par les agences sanitaires compétentes (ANAES, AFSSAPS), l'Etat ne pouvant plus les modifier.

Dès lors, le panier de soins doit inclure, chaque fois que possible, pour chaque pathologie⁷ des protocoles d'usage, des recommandations de bonnes pratiques définies par la communauté scientifique afin d'organiser le bon usage des soins à des fins sanitaires et d'économie de moyens. Pour la CGC et la CFDT, ces protocoles doivent être rendus opposables et conduire les caisses à ne pas rembourser les prescriptions qui ne les respectent pas. Cela conduira les assurés à inciter les médecins à respecter les recommandations.

4- L'évaluation

L'insuffisance de l'évaluation a été soulignée. Il devrait s'agir à la fois :

- de l'évaluation ex ante, avant autorisation et mise sur le marché
- de l'évaluation des conditions d'utilisation des appareils et des produits
- de l'évaluation des pratiques médicales en ville et à l'hôpital : respect des conditions de bon usage des soins, des protocoles et recommandations, de la formation continue etc.....dès lors qu'ils existeraient
- de l'évaluation du fonctionnement des établissements (l'accréditation).

Le CNPS demande l'extension des unions régionales de médecins à l'ensemble des professions de santé et que le dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles étendu par la loi du 4 mars 2002 à plusieurs professions de santé soit financé par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

L'évaluation doit être prévue, organisée par l'Etat et conduite par des experts. L'autorité habilitée à en tirer les conséquences dépend de l'objet évalué. Cela peut être l'Etat ou les caisses dans le cadre des conventions.

Le groupe a observé que l'Etat n'a pas rempli sa mission d'information de la population et a même empêché la CNAMTS de communiquer les résultats d'études comparatives sur les hôpitaux, lesquelles ont finalement été publiées par la presse après intervention de la CADA auprès de la CNAMTS.

⁷ Selon la CNAMTS, ce serait possible pour 40 à 50 % de la nomenclature.

5- La solvabilisation des patients : le financement par l'assurance maladie.

Les soins de santé sont financés par l'assurance maladie obligatoire, les régimes complémentaires facultatifs et les ménages directement. L'assurance maladie finance plus de 90 % des dépenses hospitalières mais 65 % seulement des dépenses de ville. Ses ressources résultent de prélèvements obligatoires qui ont la nature de fonds publics. Chaque année la loi fixe un objectif de dépenses (l'ONDAM). La nature de cet objectif est diversement appréciée par le groupe : pour les uns, il faut le respecter, donc maîtriser les dépenses (organisations patronales), pour d'autres (CGC), il ne doit pas être opposable⁸.

a) Que doit financer l'assurance maladie ?

Il faut d'abord *arbitrer*, dans la prise en charge de la santé sur fonds publics, entre les dépenses qui agissent sur les déterminants de la santé et les dépenses destinées à la prise en charge des soins qui, seules, sont à la charge de l'assurance maladie (MEDEF).

S'agissant de la prise en charge sanitaire de la population, la majorité du groupe a considéré que *l'assurance maladie doit garantir la prise en charge des soins préventifs, curatifs et palliatifs*. Les frontières n'ont plus de sens et le budget de l'Etat n'a guère de crédits destinés à la prévention sanitaire. Mais certains participants (Alliance) considèrent que l'Etat doit financer les fonctions transversales (missions de service public ?) des hôpitaux publics à l'occasion de la mise en place de la tarification à la pathologie.

La prise en charge de la prévention est un bon exemple des contradictions qui traversent le groupe de travail :

- il y a ceux qui considèrent encore qu'elle relève de la responsabilité de l'Etat et pas des caisses (CGT, FO) ;
- les mêmes ou d'autres considèrent qu'elle doit être financée par l'impôt et non par les cotisations (à l'heure de la CSG que faut-il comprendre ?). Mais on ne sait pas distinguer, au sein des dépenses de soins, celles qui relèvent d'une démarche de prévention et celles qui correspondent à des soins curatifs. Le fonds national de l'assurance maladie finance donc beaucoup la prévention sans pouvoir en isoler la part. Quant au fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), il fonctionne sur des crédits d'assurance maladie et ne sert qu'à organiser des campagnes de prévention et des actions collectives.
- Certains reconnaissent qu'est dépassée la règle posée en 1945, selon laquelle l'assurance maladie ne doit prendre en charge que des soins curatifs. Mais ils se bornent à regretter que le FNPEIS ne soit pas mieux doté ;
- la FNMF a souligné que pour développer la prévention en France, il faut une offre de soins organisée et des modes de rémunération adaptés, ce qui pose la question des limites du paiement à l'acte.

⁸ La CGC propose de découper l'enveloppe en trois parties : un budget de fonctionnement des structures (incluant le coût de fonctionnement des établissements de santé), un budget de formation, de recherches et de statistiques, enfin un budget de soins incluant le coût de l'ensemble des soins y compris à l'hôpital. Mais le coût de fonctionnement de l'hôpital est essentiellement composé des dépenses de soins qui, à 70 %, sont des dépenses de personnel

A cet égard, a été cité le régime minier qui a su traiter conjointement le social et le sanitaire, le préventif et le curatif, faire le lien entre la ville et l'hôpital, bref prendre en charge la santé des populations concernées. Mais cela a supposé des modalités d'organisation et de rémunération spécifiques. Même s'il n'est pas envisagé d'en faire le modèle de la réforme, il serait bon d'en tirer quelques enseignements.

Le débat a porté également sur l'origine des fonds et, notamment, sur la nature de la CSG, la confusion des financements entraînant celle des pouvoirs. Pour les uns (CFDT), la CSG est une cotisation, pour les autres (CGT et FO), c'est un impôt. Donc, pour la CFDT, on reste bien dans un système d'assurances sociales alors que pour la CGT, cela pose la question de la légitimité des conseils et pour FO, la CSG ne devrait financer que les décisions politiques en matière de santé. La CFTC estime nécessaire de distinguer ce qui relève de l'impôt et des cotisations, ce qui est dépense de solidarité et dépense d'assurance maladie. La CFDT a insisté sur le *caractère assurantiel de la prise en charge*, quelle que soit la ressource, puisque la CSG est une cotisation, en l'opposant à un « budget global ». Les fonds sont affectés aux soins. Le Parlement vote une enveloppe mais son utilisation dépend de la relation entre les assurés et les professionnels de santé, médiatisée par les caisses.

b) Comment fixer l'enveloppe nécessaire à la prise en charge sanitaire de la population ?

Certains ont estimé qu'il fallait définir, au niveau national, une enveloppe correspondant aux besoins prédéfinis (CGC). Mais cela suppose de *savoir définir les besoins (v. supra) et calculer des coûts par pathologie*, tous modes de soins confondus. De plus en plus, en effet, les séjours hospitaliers sont écourtés au profit d'un suivi assuré en ville, sans oublier le développement encore lent des alternatives à l'hospitalisation complète. Or, le cloisonnement de la gestion des soins de ville et des soins hospitaliers, la montée en charge récente et incomplète du PMSI, les retards dans le codage des actes et l'informatisation des professionnels de santé ont, jusqu'à maintenant, empêché le chaînage des soins entre la ville et l'hôpital. Donc, une fois de plus, les retards dans la construction du système d'information constituent un blocage. La CCMSA observe que le clivage hôpital/soins de ville n'a plus de sens à l'heure des réseaux de soins dont le développement est inévitable. En outre, tout est financé par l'assurance maladie.

L'idée de calculer des *budgets régionaux de santé* en fonction de la population à soigner et non de la rémunération de l'offre de soins installée (MEDEF) nécessite qu'en soient déroulées toutes les conséquences sur les relations avec les professions et établissements de santé et, en premier lieu, qu'on sache calculer ces budgets, ce qui nécessite de disposer d'un système de données régionales suffisamment fin. De l'avis majoritaire, une telle démarche est prématurée, voire non souhaitable.

c) La régulation des dépenses

L'ONDAM est réparti en sous enveloppes : les enveloppes des dépenses hospitalières et de médicaments sont réparties par l'Etat, l'enveloppe des soins de ville, hors médicament, par les caisses nationales et les partenaires conventionnels. Les caisses, dans la mission 2 identifiée *supra*, ne sont responsables que de 25 % des dépenses d'assurance maladie et, encore, à condition que les relations conventionnelles fonctionnent. Par contre, elles servent 100 % des prestations aux assurés ou aux professionnels de santé en tiers payant.

Le groupe a essentiellement discuté des soins de ville. Mais la CFDT et la CGC considèrent que l'enveloppe gérée par la CNAMTS doit comprendre à la fois les soins de ville et les dépenses hospitalières.

Actuellement, les outils de pilotage et de régulation sont incomplets ou n'existent plus (CGPME) et la distinction entre maîtrise comptable et maîtrise médicalisée n'a jamais eu aucun sens (MEDEF). L'objectif est toujours de contenir les dépenses à l'intérieur des capacités de financement à l'aide d'outils d'organisation et de contrôle. Pour l'UPA, l'élément fondamental d'un système de soins de qualité est et doit demeurer la maîtrise préalable des dépenses de santé. Il faut donc réorganiser le système à partir des critères de besoins, d'utilité, de qualité et de coût.

Pour la FNMF, cette maîtrise est d'ailleurs un mythe car elle a toujours été supportée par la population et pas par les professions de santé. Les inégalités sociales s'aggravent en matière d'espérance de vie car il n'y a pas de prise en charge de la santé des populations mais seulement des soins inorganisés. L'essentiel pour réguler la dépense est donc de mieux organiser les soins. C'est plus important que le mode de gestion. D'autres pays ont faits d'autres choix (service national de santé) et ont, pour moins cher, une espérance de vie aussi élevée qu'en France.

Il a été rappelé par la CNAMTS qu'en ville, les professions de santé détiennent le carnet de chèques de l'assurance maladie et qu'avec un financement socialisé, la régulation est indispensable à la survie du système. Si la protection sociale diminue, faute de régulation, des problèmes de santé publique apparaissent (ex des soins dentaires). Le risque d'un report sur les familles des dépenses de soins, si celles-ci ne sont pas régulées a été évoqué, la CMU ne pouvant pas constituer la solution (CFTC, CCMSA).

Il a été observé que les principes de la médecine libérale n'ont pas évolué depuis 1926. Il en résulte un grand décalage avec les besoins de la société civile qui réclame plus de transparence. Les médecins doivent assumer des missions collectives d'intérêt général qui ne s'accommodent pas du paiement à l'acte (FNMF), ce que confirme MG France. La CNAMTS souhaite que la loi prévoit des modalités de rémunération innovantes que les partenaires mettraient en œuvre dans les conventions et MG France estime qu'il faut fixer le mode d'emploi du système de soins : sont cités en exemple l'encadrement de la visite à domicile, la gestion du dossier de la permanence des soins.

IV- LA REGIONALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTE ET D'ASSURANCE MALADIE

Une partie du groupe a manifesté de la réticence à débattre de la régionalisation, considérant que cela ne faisait pas partie du sujet ou que c'était second par rapport à la question première de la clarification des relations entre l'Etat et l'assurance maladie. D'autres, au contraire, ont estimé que le thème de la régionalisation est bien un élément du débat sur l'organisation de la santé et de l'assurance maladie.

Il ne s'agissait pas de discuter d'un type d'organisation (ARS ou autre) mais d'essayer à la fois de porter une appréciation sur les éléments de régionalisation mis en place depuis quelques années et de décliner à un niveau infra national les idées exprimées par le groupe sur les nécessaires relations entre santé et assurance maladie, entre soins de ville et hôpital etc.

A- L'appréciation de la régionalisation actuelle

Le groupe a éprouvé un certain embarras à parler des ARH, même si les avis exprimés sur leur activité sont plutôt positifs. Les ARH sont une bonne solution de copilotage par l'Etat et l'assurance maladie (CFDT).

Un débat s'est ouvert sur la nature des ARH : s'agit-il de structures déconcentrées ou décentralisées ? Elles ne mettent pas en œuvre une déconcentration classique car elles ne sont pas sous l'autorité du préfet. Il ne s'agit pas non plus d'une démarche de décentralisation politique puisqu'elles ne relèvent pas des collectivités locales. Dès lors, elles apparaissent plus proches d'un établissement public national implanté en région, mettant en œuvre une démarche de décentralisation fonctionnelle. Le choix du GIP a été justifié par la nécessité de faire travailler ensemble des entités qui ne se considéraient pas comme des partenaires avant 1996. La décision de nommer les directeurs en conseil des ministres résulte de la volonté de leur donner une autorité forte face aux préfets, aux élus et au monde de la santé. Il faut en effet un positionnement fort pour conduire des actions difficiles telles que la recomposition du système de soins.

Pour le groupe, l'ARH est un instrument d'étatisation. Certains ont observé que cela pose un problème puisque le financement des hôpitaux est assuré par l'assurance maladie. Comme celui des médicaments. Ainsi l'Etat décide seul de l'utilisation des fonds de l'assurance maladie (CCMSA).

Les URCAM, dont il a été dit qu'elles n'ont pas été très bien acceptées par la CNAMTS, sont pourtant jugées de façon très positive par le groupe, sans doute parce qu'elles restent aux mains des partenaires sociaux. Le groupe insiste sur les vertus de la gestion interrégimes du risque qu'elles mettent en œuvre.

Le groupe a cependant reconnu qu'il y a trop de structures et d'instances régionales et qu'il faut rétablir de la visibilité. Mais les idées pour simplifier ne sont jamais formulées de manière constructive car il y a trop de craintes et donc de non dit.

B- Les évolutions souhaitées par le groupe

Le groupe rejette unanimement toute idée de régionalisation politique de la santé et de l'assurance maladie, redoutant le risque de 26 politiques de santé et la disparition de l'assurance maladie. La population est attachée à une solidarité nationale, donc à une définition nationale des prestations et des contributions.

Plusieurs participants déclarent *se méfier d'une régionalisation (qu'elle qu'en soit la formule) qui consisterait à transférer à d'autres échelons ce qu'on ne sait pas faire au niveau national (CGC, M.Capdeville).* Il ne faut se préoccuper de « qui fait quoi » que lorsqu'on aura décidé de la politique à conduire et des outils pour la mettre en œuvre. En outre, la régionalisation n'est pas une source d'économies.

Dès lors, certains préfèrent évoquer une « reconfiguration » (CNAMTS, CGC, CGT), régionalisation étant trop synonyme de décentralisation, ou encore parler de « territorialité » (CNAMTS).

Il faut certes décroïsonner les soins de ville et l'hôpital mais autour des caisses, dans un cadre paritaire (CGC).

S'il faut mieux coordonner les tâches des URCAM et des ARH, la solution n'est pas dans une organisme unique de type ARS (CFDT), car ce serait étatiser et l'Etat ne doit pas se mettre en première ligne sur les soins ambulatoires. Cela ne doit pas se faire au détriment de la démocratie sociale

Pour FO, la régionalisation existe déjà beaucoup, il faut faire un bilan, mais avant tout sauver le service de proximité que les CPAM assurent très bien

Pour le MEDEF, il faut recadrer les CRAM et faire des CPAM leurs antennes locales, en allégeant leurs organes par la suppression des conseils d'administration.

Pour la CNAMTS, les CRAM n'ont plus aucun rôle dans le domaine de l'assurance maladie et les URCAM ont pris le relais en tant que structure régionale de l'assurance maladie⁹

La FNMF a observé que les acteurs (caisses, syndicats de professions de santé) s'organisent de plus en plus au niveau régional, ce qui crée les conditions d'un pilotage régional de la politique de santé. Une période de coordination devrait précéder les transferts de compétences.

La CNAMTS s'est employée à minimiser le besoin de région, considérant, soit que cela existe déjà (pour l'hôpital), soit que beaucoup de questions continueront de se poser au niveau national. *Cependant, la région peut devenir un échelon de la régulation, adaptant les instruments nationaux.* Les URCAM sont déjà chargées d'adapter l'accord national sur la visite et elles impulsent la création des réseaux, en travaillant avec les ARH. Seule, l'assurance maladie peut constituer l'interface entre l'Etat et le citoyen. A défaut, le système est totalement étatisé. Quant aux CPAM, elles doivent rester un pôle de gestion de proximité. Pour la CCMSA, les caisses créent du lien et assurent la liaison social/médical.

Certains membres du groupe (FNMF, CCMSA) ont observé que l'Etat et l'assurance maladie ne sont plus les seuls intervenants, les élus locaux étant de plus en plus invités par leurs électeurs à se préoccuper de l'organisation des soins sur leur territoire. S'il existe une organisation de la distribution du médicament, rien n'est prévu, comme on l'a dit, pour garantir une bonne répartition des praticiens et auxiliaires médicaux de ville. Les professions n'ayant pas été capables de s'organiser elles-mêmes et l'Etat étant resté inactif, il ne faut pas s'étonner si les maires cherchent à attirer des professionnels en leur offrant des conditions de travail attractives à défaut de pouvoir les rémunérer. Seule, l'organisation en cabinets de groupe pluridisciplinaires permettra d'offrir des conditions de travail et de vie acceptables pour les intéressés. *Dès lors, les élus locaux seront de plus en plus impliqués dans la politique de santé. Mais le groupe les voit dans un conseil régional de santé, doté d'une fonction consultative, et pas dans une structure gestionnaire.*

⁹ Même si les anciennes missions des CRAM et celles des URCAM ne sont pas du tout sur le même plan.

CONCLUSION

Aucun membre du groupe n'exprime un doute quelconque sur la légitimité de l'Etat, garant de l'intérêt général, à piloter la santé et l'assurance maladie, surtout depuis que le Parlement intervient pour fixer les enveloppes. Les membres du groupe sont très conscients que l'Etat ne peut pas sortir du jeu car, s'il s'agit d'assurances sociales, c'est aussi un service public dont l'Etat assume la responsabilité face aux citoyens et dont le « budget » a des effets socio économiques massifs.

Mais une fois ce principe posé, certains estiment que le Parlement va trop loin (la CGT pour le cadre conventionnel) ou pas assez (il devrait définir le panier de soins : MG France) et la contestation est plutôt dirigée contre le Gouvernement confondu avec l'administration.

Il est reproché à l'Etat, à la fois de ne pas faire ce qui relève de sa responsabilité et d'interférer dans les compétences déléguées aux caisses par la loi. Ainsi, il manque de courage pour décider et arbitrer, mais il est trop interventionniste à l'égard des caisses, souvent pour les empêcher d'appliquer les textes. L'Etat, en charge de défendre l'intérêt général, est jugé trop sensible aux groupes de pression, lent à se déterminer et ses décisions ou absences de décisions sont mal explicitées. Il n'est pas un partenaire respectueux des règles du jeu.

Les membres du groupe apparaissent donc demandeurs d'un Etat décideur qui fixe les règles du jeu et qui les respecte. Ils souhaitent une large délégation de compétences pour mettre en œuvre les objectifs fixés par l'Etat.

Mais ils ont admis que les compétences conservées par l'Etat et celles qu'il délègue aux caisses doivent, le plus souvent, s'exercer conjointement et qu'il ne peut donc pas y avoir des domaines strictement séparés. La complémentarité des acteurs a donc été largement affirmée au sein du groupe (partenaires sociaux, CNAMTS, MG France).

Quel que soit le nombre de partenaires impliqués, il faut toujours déterminer celui qui décidera in fine, qui arbitrera. Si on ne peut pas délimiter des zones de pouvoir exclusif pour tel ou tel partenaire, il faut au moins prévoir ce qui se passe en cas de blocage de la négociation. Le droit de substitution de l'Etat est clairement admis en cas de carence des partenaires. Mais ce droit ne va pas jusqu'à permettre à l'Etat de modifier le contenu des accords¹⁰.

Par ailleurs, les partenaires sociaux et conventionnels ont admis, plus ou moins facilement, la difficulté croissante de séparer le pilotage des différents domaines -soins de ville, hôpital, médicament-, distinctions qui n'ont plus de sens à l'heure des réseaux de soins, et du nécessaire décloisonnement des soins de ville et hospitaliers. Mais ils perçoivent également l'enjeu négatif pour eux de cette imbrication, d'où la revendication explicite de certains (la CFDT, la CGC) d'intégrer au sein de l'assurance maladie des compétences de politique de santé, relatives notamment à l'organisation des soins, au financement de l'hôpital et à la politique du médicament. Ce décloisonnement est à relier à la question de la régionalisation.

¹⁰ La LFSS 2000 qui a créé l'ODD limitait le pouvoir de l'Etat de ne pas agréer les accords négociés à des cas limitativement énumérés, mais dont la définition était assez large.

Par contre, pour le groupe, l'Etat ne peut déléguer des compétences qu'à des caisses, établissements privés, dont les conseils sont essentiellement sinon exclusivement composés de partenaires sociaux, lesquels, selon la CFDT, représentent la société civile. Les partenaires sociaux redoutent beaucoup l'arrivée du monde associatif au sein des instances de gestion. Pour le MEDEF, toutefois, la légitimité des partenaires sociaux est différente selon les branches.

Enfin, le débat sur l'échelon le plus approprié pour gérer la politique de santé et d'assurance maladie, c'est-à-dire la région, a montré la difficulté à passer de l'analyse objective des problèmes et des besoins à la formulation de solutions appropriées.