

OLIVÉR ÁRPÁD HOMICKSKÓ

La régulation du système de santé en France

Introduction

Enjeux du sujet

L'OMS propose une définition exigeante de la santé. Il s'agit d'«un état de complet de bien-être physique, mental et social ne consistant pas seulement en l'absence de maladie». Dans cette optique, la notion d'offre de soins, conduisant à une prise en charge fragmentée, doit laisser place à celle de système de santé, offrant une prise en charge plus complète. En prévenant la maladie, en soignant et en réadaptant les personnes, le système de santé se compose d'un ensemble de services, de structures, de règles et de prestations coordonnées ayant pour fonction de maintenir un niveau élevé de santé pour la population. On considère ainsi le secteur ambulatoire, le secteur hospitalier et les structures de prévention.

Mais le fonctionnement du système de santé en France n'est pas encore satisfaisant et rend sa régulation complexe. Ainsi, la croissance rapide des dépenses de l'assurance maladie, des dépenses hospitalières et de la contribution financière demandée aux assurés et patients a provoqué la nécessité de maîtriser les coûts. Pourtant, la régulation est indispensable, au-delà même des aspects financiers, pour assurer le fonctionnement cohérent du système de santé.

De multiples acteurs publics et privés interviennent au sein de ce système mettant en relation l'offre et la demande, à savoir:

- Les assurés;
- Les professionnels de santé (PS) et les établissements;
- L'industrie pharmaceutique;
- L'État;
- L'assurance maladie obligatoire (AM);
- Les assurances maladie complémentaires;
- Les structures de prévention;
- Les collectivités territoriales

3 modèles internationaux de régulation du système de santé

De manière générale, à chaque système de santé correspond un modèle particulier de régulation.

Dans les systèmes nationaux de santé, la régulation est organisée par le financeur étatique. Elle peut prendre des formes radicales comme la définition de pratiques médicales imposées et soumises à des contrôles et sanctions ou encore la limitation des budgets. Ainsi, au Royaume-Uni, c'est le Parlement qui se prononce sur le budget limitatif du service de santé national (NHS) et qui en définit les orientations. À charge pour le ministre de la santé de les faire respecter.

Dans les systèmes libéraux de santé où le système public de protection sociale est résiduel et où l'offre de soins est presque entièrement privée, la régulation du système est confiée au marché et à l'ajustement entre l'offre et la demande de soins (plus exactement, ceux qui la couvrent à savoir les assureurs privés). L'État n'intervient que pour prendre en charge les défaillances du système et servir d'assureur au plus démunis.

Enfin, dans les systèmes d'assurance-maladie tels que le modèle allemand, la régulation repose sur une négociation permanente entre les acteurs. Les représentants des médecins de caisse à l'identité libérale pourtant affirmée ont accepté de porter une partie de la responsabilité de la gestion de l'argent public. En effet, ils participent à la négociation du budget consacré aux dépenses de santé. Ils acceptent aussi une régulation et un contrôle de leurs pratiques organisés par un organisme administré par leurs pairs. Comparé à ces différents modèles nationaux, la France semble incapable de déterminer un modèle de régulation.

Notions historiques relatives à la régulation en France

En effet, la France a tenté sans beaucoup de succès toutes les formes de régulation possibles. Ces différentes politiques peuvent se découper en trois étapes successive:

- Jusqu'à la fin des années 80, cette régulation s'est basée sur la fixation des prix par l'Etat à de bas niveaux et sur l'accroissement de la contribution financière des patients et assurés. Cette politique n'a pas fonctionné car les professionnels de santé ont compensé le gel des tarifs par une multiplication des actes et un recours croissant aux services et actes les plus innovants et les plus onéreux et donc les plus rémunérateurs.
- Au cours des années 90, la régulation s'est traduite par les négociations d'enveloppes de dépenses entre l'État et l'assurance maladie et les professionnels libéraux et par le vote d'un objectif national de dépenses d'Assurance Maladie par le Parlement. Mais cette «maîtrise» comptable des dépenses s'est heurtée au non respect des conventions signées. En parallèle émerge alors le principe d'une «maîtrise médicalisée» des dépenses avec les références médicales opposables puis les accords de bon

usage des soins, les contrats de bonne pratique et enfin les contrats de santé publique signés entre les médecins et l'assurance maladie.

- La réforme de l'Assurance-Maladie du 13 août 2004 a définitivement fait le choix de cette «maîtrise médicalisée» des dépenses de soins. Le but est véritablement de rechercher le meilleur résultat en termes de santé au meilleur coût.

Quels rôles pour les acteurs du système de santé?

De cet historique, des enseignements se dégagent. Il apparaît que la clarification des rôles entre les différents acteurs constitue un des enjeux essentiels de la régulation. L'efficacité du pilotage et des processus de décision en dépend.

En ce sens, le positionnement des différentes entités nées de la loi du 13 août 2004 reformant l'Assurance Maladie et induisant une nouvelle gouvernance devrait favoriser un meilleur fonctionnement du système. Mais la pratique des nouvelles instances, à travers la représentation de leur rôle par leurs dirigeants et les moyens financiers, humains et techniques dont elles pourront disposer, s'avèrera aussi déterminante que leur finalité juridique.

Différents rôles permettent d'envisager la régulation de l'assurance maladie. Certains correspondent par nature à des acteurs identifiés plus haut. Ainsi, le rôle de stratégie reste attaché aux pouvoirs publics. Le rôle de pilote de la régulation est confié à la nouvelle Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et particulièrement à son directeur. Pour les assister, le rôle d'expert et d'évaluateur est principalement dévolu à la Haute Autorité en Santé. Dès avant la réforme, les organismes en charge de l'assurance maladie avaient évolué vers le rôle d'«acheteurs avisés» de soins, assistés à l'avenir par la liquidation administrative. Renforcés dans ce rôle, ils seront assistés à l'avenir par la liquidation administrative. Mais cela n'est pas leur seul rôle. Ils sont tout à la fois opérateurs du système d'information qui va en se complexifiant, contrôleurs et conseillers à l'égard des professionnels de santé et des usagers, etc.

D'autres rôles sont incertains, comme ceux confiés par la loi de santé publique du 9 août 2004 aux nouvelles Missions Régionales de Santé ou aux Agence Régionales de Santé.

Le système de santé français est ainsi régi par des principes et des intérêts contradictoires qui rendent sa régulation aussi complexe qu'indispensable. Se pose la question de concilier financement socialisé avec libéralisme de l'offre et de la demande de soins. En particulier, comment renforcer l'action de régulation des prestataires de soins alors que ces derniers tirent leurs revenus de leur activité.

Les objectifs de la régulation du système de santé sont à la fois de le rendre *équitable* pour tous les citoyens – au-delà des simples cotisants, étant donné le caractère général de la couverture, acquis depuis la mise en place de la Couverture Médicale Universelle (CMU) –, performant en terme d'organisation ou de qualité de service, et pérenne financièrement.

Suite aux échecs répétés des précédentes tentatives de régulation, l'assignation de nouveaux rôles aux acteurs du système de santé est apparue comme une des voies pouvant permettre de dépasser les logiques contradictoires qui s'affrontent. Reste à se questionner sur l'efficacité effective d'une telle tentative de régulation, notamment avec les outils de la réforme d'août 2004, et compte tenu du de la non remise en cause de la liberté des acteurs, qui s'avère une des grandes limites de la régulation à la française.

La régulation passe par un équilibre qu'il faut repenser entre les différents acteurs du système de santé. Tout d'abord, il s'agit de s'attacher à responsabiliser et à accroître l'efficacité des acteurs dans leur rôle propre (I). L'étape suivante tend à favoriser la coordination des acteurs entre eux. Cette nouvelle tentative de régulation ne s'avérera un succès si et seulement si les limites inhérentes au système sont dépassées (II).

1. Améliorer l'efficacité des acteurs en clarifiant leurs responsabilités

Clarifier les responsabilités des acteurs au sein du système de santé constitue un préalable nécessaire à sa régulation. Cette question doit être envisagée dans deux dimensions, l'une macroéconomique et l'autre microéconomique. En effet, il s'agit d'abord de se demander à qui incombent la gouvernance et le pilotage du système de santé (1.1) avant de s'interroger sur le comportement des acteurs au quotidien dans la mise en œuvre de la régulation (1.2).

1.1 La nécessaire reconfiguration de la gouvernance¹ et du pilotage² du système de santé

S'agissant de la gouvernance et du pilotage du système de santé, les dernières réformes en matière de santé publique (Loi de santé publique du 9 août 2004) et d'Assurance Maladie (Loi du 13 août 2004) semblent avoir débouché sur une meilleure répartition des responsabilités. En effet, dans cette nouvelle reconfiguration, la stratégie et l'orientation reviennent à l'État. Quant à l'Assurance Maladie, elle reçoit compétence pour déterminer les actions à entreprendre pour mettre en œuvre les orientations de l'État et atteindre les objectifs qu'il a fixés.

¹ Définition de l'office québécois de la langue française: «Manière d'orienter, de guider, de coordonner les activités d'un pays, d'une région, d'un groupe social ou d'une organisation privée ou publique. Elle permet aux pouvoirs politiques, économiques et administratifs de s'exercer à différents niveaux en faisant intervenir différents acteurs disposant de pouvoirs de décision à des degrés variés».

² Le pilotage sera compris comme l'ensemble des actions nécessaires à la réalisation des objectifs du système. C'est en fait la dimension opérationnelle de la gouvernance.

1.1.1 Renforcement des rôles d'orientation, de cadrage financier et de contrôle de l'État

Ainsi, l'État choisit de se recentrer sur ses missions fondamentales : la fixation des grandes orientations du système de santé, le cadrage économique et financier et les contrôles.³

1.1.2 L'Assurance Maladie, opérateur de la régulation du système de santé

L'État ne pouvant piloter seul la régulation, une association plus étroite avec l'Assurance Maladie apparaît indispensable. Plus réactive, plus neutre, plus indépendante à l'égard des professionnels de santé et jouissant de bonnes capacités d'expertise, elle semble en effet la mieux placée pour revendiquer ce rôle d'opérateur de la régulation du système de santé. Déjà, la réforme du 13 août 2004 confie à l'Assurance Maladie, et plus précisément à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance-Maladie (UNCAM), la détermination, objective et sur la base d'avis d'experts, du niveau de prise en charge des dépenses de santé par la collectivité (panier de soins et taux de remboursement). Cela s'accompagne d'une réorganisation majeure de son réseau et des conditions de sa gestion.

Cette nouvelle répartition des rôles exige la mise en place de nouveaux outils pertinents, notamment de tarification, et l'émergence d'experts indépendants, aides à la décision.

Se substituant à la NGAP et à la CDAM, la CCAM est une échelle des coûts relatifs des actes techniques des différentes spécialités médicales communes aux secteurs public et privé. Plus conformes à la réalité des pratiques, elle constitue un indéniable progrès dans l'objectivation des coûts de revient. Cependant, ces modes de rémunération n'ont pas de vertu en eux-mêmes et supposant qu'en soient tirées des conséquences; par exemple, en matière de rémunération des coûts des opérateurs, de redéploiement ou de reconversion des établissements ou services.

1.1.3 L'émergence du pouvoir des experts dans l'aide à la décision de la régulation

Pour que cette nouvelle répartition des responsabilités soit opérante, l'État et l'Assurance Maladie ont renforcé leurs capacités d'expertise en créant ou réorganisant un réseau d'autorités administratives indépendantes et d'organes spécialisés dans différents domaines relatifs à la santé. Leur mission est d'aider à la prise de décision.

³ cf. notamment la réforme en cours de la loi organique relative aux Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) visant à renforcer le contrôle du Parlement sur le financement de la Sécurité Sociale dans le but d'exercer une surveillance accrue et vigilante de l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale).

L'un des maillons les plus essentiels de ce réseau est la Haute Autorité en Santé (HAS). Indépendante et constituée d'experts, la HAS donne ses avis et recommandations, notamment en matière de définition du périmètre de soins et de prise en charge des ALD. Elle assure ainsi *«un pont entre la science et l'action, entre l'action et le terrain»*.

Cependant, le principe de médicalisation du périmètre des biens et services remboursables exige que les priorités collectives ne s'expriment pas seulement au moment de l'inscription de l'acte ou du produit mais aussi sur la manière dont le soin est exécuté. Par ailleurs, les décisions de limitation du périmètre de soins ou la fixation du taux de remboursement sont désormais prises à l'initiative du Directeur Général de l'UNCAM, souvent après que le comité d'alerte ait sonné l'alarme et après validation par le Conseil.

1.2 Une définition nécessaire des rôles pour une responsabilisation au quotidien des acteurs

L'enjeu aujourd'hui est également de responsabiliser au quotidien les acteurs dans leur rôle, que ce soit au niveau de la demande, au niveau de l'offre ainsi qu'au niveau des régimes de Sécurité Sociale et des organismes complémentaires.

1.2.1 Le rôle de l'utilisateur: de l'accroissement de sa contribution financière à la conception d'une responsabilisation basée sur un bon usage du système de santé

La régulation nécessite la responsabilisation des assurés à faire un usage modéré du système de santé afin de garantir la qualité et la continuité de ce système. La réforme de l'Assurance Maladie et la loi relative à la politique de santé publique s'inscrivent dans cette logique et ne cherchent plus seulement l'accroissement de la contribution financière des assurés et patients. Ainsi, elles visent une plus grande sensibilisation des patients aux coûts des soins et une plus grande incitation à l'adoption de comportements moins risqués. Cette responsabilisation financière et morale s'accompagne d'une participation des associations d'utilisateurs à la définition d'une politique de santé grâce à leur représentation dans certaines institutions comme la Conférence Nationale et les Conférences Régionales de Santé.

1.2.2 Le rôle des professionnels de santé et des établissements: un nouveau regard sur les pratiques et l'engagement vers une offre de soins de qualité.

Mais la régulation du système de santé ne peut être efficace si elle se concentre uniquement sur la demande de soins. Il faut en effet agir aussi sur l'offre. Cette responsabilisation des professionnels de santé est donc développée par la loi du 13 août 2004. Elle est basée sur la maîtrise médicalisée des dépenses avec le maintien des dispositifs contractuels de bonnes pratiques et la fixation chaque année de postes d'économies. Par ailleurs, toujours dans cet objectif d'assurer des soins de

qualité au meilleur coût, la réforme renforce la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles et met en place une procédure d'accréditation des médecins ou équipes médicales en établissement de santé.

1.2.3 Le rôle des organismes de Sécurité Sociale et complémentaires au cœur du système de santé : une responsabilisation accrue et une régulation efficiente

Les organismes de Sécurité Sociale et complémentaires qui sont au cœur du système de santé constituent le troisième acteur essentiel et leur responsabilisation est accrue avec la réforme d'août 2004. L'assurance maladie est fortement engagée dans la mise en place de la réforme et l'application de la nouvelle convention médicale de janvier 2005. Pour parvenir à atteindre les objectifs fixés en terme de régulation, elle doit d'abord participer à l'effort d'explication sur le but de la réforme aux autres acteurs que sont les assurés, les professionnels de santé et les organismes complémentaires et développer son nouveau rôle de conseil et d'orientation. Elle doit ensuite adapter ses moyens techniques et informatiques et renforcer les sécurités notamment dans la perspective du DMP. Elle doit également améliorer son rôle de veille et d'alerte dans le suivi des dépenses. Par ailleurs l'assurance maladie est également engagée dans le contrôle du respect de la réforme et de la convention. Elle est amenée à suivre l'application des procédures et dispositifs prévus et à le pouvoir de sanctionner les auteurs d'abus ou de fraudes. Enfin les organismes complémentaires doivent se positionner en tant que financeurs avisés concernant le développement des contrats responsables s'inscrit dans cette logique.

2. Favoriser la coordination des acteurs entre eux malgré les limites inhérentes au système

Dans la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, l'échange d'informations est une condition indispensable pour favoriser la coordination des acteurs.

Les coordinations et les échanges d'informations permettent de satisfaire de nombreux objectifs pour garantir la pérennité du système de santé:

- L'amélioration de la qualité des soins;
- Un meilleur suivi du patient;
- Une meilleure connaissance et reconnaissance mutuelle de tous les acteurs entre eux;
- La réalisation d'économies substantielles;
- La réduction des interactions médicamenteuses avec en parallèle la limitation des soins redondants.

Avec pour but de transformer les données en informations exploitables, de les mettre en concordance et de les rendre opérationnelles parce que ciblées.

Ces coordinations et leurs échanges d'informations ne pourront être efficaces qu'à la condition que des points sensibles soient l'objet de vigilances marquées:

- La prise en compte du souci d'indépendance, de liberté et d'autonomie de chacun des acteurs;
- Une gestion efficace de la complexité engendrée par le fonctionnement en mode coordonné;
- Un passage à l'acte rapide sur les différents points de la réforme;
- Une garantie sur la sécurité juridique;
- Une protection des libertés individuelles grâce à la sécurisation et la confidentialité des transferts d'informations.

2.1 Favoriser la coordination des acteurs et sa condition indispensable, l'échange d'informations

En réponse à ces objectifs et points de vigilance, différents niveaux de coordinations se mettent en place ainsi que leurs outils d'échanges d'informations.

2.1.1 Le développement de nouvelles coordinations

- Des coordinations intrinsèques à l'Assurance Maladie:

Au niveau national: la réforme définit les coordinations entre de nouvelles instances, se déclinant autour de 3 piliers que sont l'URCAM chargée de la négociation conventionnelle, l'UNOC qui donne son avis sur les décisions de l'UNCAM et l'UNPS pour mettre en place un véritable partenariat entre la Sécurité Sociale et les PS.

Au niveau régional: les missions régionales de santé permettront la coordination d'actions de gestion du risque et de prévention/éducation à la santé en décuplant les moyens et compétences administratives et médicales. La maîtrise médicalisée des dépenses implique un travail partenarial et étroit entre les services médicaux et administratifs avec en point d'orgue la liquidation médico-administrative.

Au niveau local: la coordination de l'AM passe également par les organismes de base qui doivent s'engager dans des démarches de mutualisation (mise en commun d'activités) pour réduire les coûts et améliorer la performance collective.

- Des coordinations entre l'AM et les PS:

Pour relancer la maîtrise médicalisée des dépenses de soins et améliorer les relations avec les PS, l'AM développe des coordinations autour des entretiens confraternels, des réunions d'informations collectives et des délégués de l'AM. De plus, dans le cadre de la contractualisation, est prévue la modernisation du protocole de soins relatifs aux ALD, la concertation entre le médecin conseil et le médecin traitant pour les arrêts de travail supérieurs à 3 mois et l'analyse de l'activité du médecin libéral par le contrôle médical. Enfin la prévention est organisée autour de concertations prenant appui sur les plans de santé publique

grâce au FNPEIS et le développement des filières et réseaux de soins en s'appuyant sur le FAQSV.

– Des coordinations entre les PS avec le patient devenant acteur du jeu médical

Afin de faciliter l'accès aux soins et à la prévention, les caisses se voient dans l'obligation d'informer les patients pour leur permettre de connaître les conditions de prise en charge. La réforme crée également le parcours de soins coordonné avec le dossier médical personnel et partagé pour sensibiliser le patient à sa consommation médicale. La nouvelle convention médicale signée le 12 janvier 2005, accompagnera les changements de comportement des acteurs en mettant l'accent sur un meilleur suivi médical du patient et un recours optimal aux soins spécialisés afin de préserver le caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie.

Ces coordinations passent également par une réorganisation de la couverture géographique de l'offre de soins, s'articulant autour du décloisonnement de la médecine ambulatoire, et les réseaux ville/hôpital et en s'appuyant sur la médecine de ville.

2.1.2 La circulation de l'information

– La diffusion et l'utilisation de données pertinentes

La mise à niveau de SESAM Vitale apportera une réponse concrète à ces exigences de circulation. L'innovation technique préfigure la véritable révolution dans la circulation d'informations attendue avec la carte Vitale 2 qui deviendra une carte d'identité de santé. Cette évolution est précédée par celle du Web Médecin permettra les transferts d'informations aux PS.

L'accès à l'information est également un enjeu fort pour les organismes complémentaires, qui participent opérationnellement à la gestion du risque via la demande de remboursement électronique.

– Le dossier Médical Personnel (DMP), mesure phare de la réforme en matière de circulation d'informations.

En 2007, ce dossier comportera tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques consignés par tous les professionnels de soins, autant de ville que d'hôpital, ainsi que les comptes rendus de séjours hospitaliers. Les PS pourront s'échanger de l'information utile à l'amélioration des soins offerts et au suivi médical du patient.

Le DMP doit surmonter de nombreuses difficultés:

- Donner des assurances sur la confidentialité, la sécurité et le respect de la vie privé;
- Respecter le secret médical;
- Surmonter les complexités juridique, culturelle, sociétale et technique tel que l'informatisation des PS et l'opérationnalité du dispositif dans les établissements de santé. En respectant l'échéance de mise en place d'ici à 2007.

2.2 La persistance d'obstacles à la régulation du système de santé

Suite aux plans successifs de maîtrise des dépenses de santé, la nouvelle réforme de 2004 a l'ambition de proposer une meilleure coordination des différentes structures et un fonctionnement plus cohérent du système de santé. Cependant, les acteurs de ce système restent largement soumis à un cloisonnement persistant et un environnement économique qui dépasse les enjeux de sa régulation.

2.2.1 Un champ de coordination encore trop limité

La coordination n'a pas été menée à son terme par les lois de 2004. Les secteurs hospitalier et ambulatoire tout comme le domaine de prévention par rapport au domaine des soins restent fragmentés.

La loi du 13 août 2004 instaure des missions régionales de santé, avec à terme une orientation vers des agences régionales de santé, qui restent aujourd'hui expérimentales. Ces outils sont de nouveaux instruments de structuration d'une offre de soins plus coordonnée. L'accent est mis sur une plus grande complémentarité ville/hôpital/médico-social par la répartition des professionnels de santé libéraux, la permanence des soins, un programme de gestion des risques commun aux secteurs hospitalier et ambulatoire.

Ceci participe à la définition d'une politique de santé au niveau régional poursuivant ainsi le processus mis en place dès 1996 avec la création des agences régionales de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance maladie. Cependant, les MRS nouvellement créées, rassemblant les compétences de ces structures régionales existantes, n'ont pas les moyens de leurs ambitions. Le directeur, nommé pour un an, est issu alternativement de l'ARH ou de l'URCAM et devra concilier les missions propres et transversales. La stabilité de cette nouvelle structure sera donc difficile.

La loi du 9 août 2004 relative à la santé publique met en place un nouveau plan régional de santé publique piloté par le Préfet par le biais d'un nouvel instrument d'intervention: le groupement régional de santé publique. C'est un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, les établissements publics de l'Etat, l'ARH, les collectivités territoriales, l'URCAM et la CRAM. Au niveau régional, le GRSP rassemble les instances intervenant dans les domaines de l'observation, l'épidémiologie, la prévention et l'éducation pour la santé.

Mais le secteur de la prévention n'est pas doté de moyens suffisants et la coordination des acteurs n'est pas encore clarifiée; si bien que l'on peut douter de la réussite d'une réelle politique de prévention de santé publique qui serait incorporée au système de santé.

Le croisement des lois du 9 et 13 août 2004 apporte une cohérence renforcée des politiques de santé dans la région: le directeur de l'ARH prend en compte les objectifs du PRSP lorsqu'il arrête le schéma régional d'organisation des soins tout comme la MRS peut apporter son appui au GRSP. Mais cette coordination reste

insuffisante et ne permet pas d'avoir une représentation complète du système de santé.

Ces lois traduisent l'essor du phénomène de régionalisation de la politique de santé qui s'impose également dans d'autres pays de l'Union Européenne, notamment en Allemagne. Il s'agit néanmoins plus d'une déconcentration de la politique sanitaire, aucun contrôle démocratique n'est encore prévu.

2.2.2 La logique de marché du système de santé, entrave à la régulation volontariste

Dans le contexte de la réforme d'août 2004, le postulat du changement des comportements des acteurs rencontre une limite liée aux rapports entre assurance maladie et système de santé. Ces deux aspects se superposent en obéissant à des logiques divergentes.

L'une, institutionnelle et collective, poursuit un objectif de régulation sociale. L'autre reflète les aspirations d'un marché ou les intérêts économiques des acteurs sont prégnants.

Ainsi, le maintien de la médecine libérale, fondée sur la charte de 1927, ne se concilie guère avec les assurances sociales obligatoires. Les principes de la médecine libérale sont un obstacle à la régulation. Il en va ainsi du principe de libre choix du médecin qui demeure malgré la mise en place du dispositif du parcours de soins. Ce dispositif entend corriger les abus de la liberté de choix par les patients dont on présume qu'ils accroissent les dépenses. Pourtant, la sanction financière du dispositif, qui consiste en un dépassement au profit des médecins, peut tenter ces derniers de donner la priorité sur leurs agendas aux assurés qui accepteraient d'en payer le prix. De même, il est prévu d'encadrer plus fortement le principe de la libre prescription, mais l'étendue du pouvoir de sanction de l'assurance maladie reste encore incertaine. Bien que ne figurant pas dans la charte, la liberté d'installation des médecins ne favorise pas une couverture territoriale homogène des soins. La réforme et la nouvelle convention médicale abordent la question, mais ne semblent pas fournir de solutions déterminantes pour rendre plus attractive l'installation en zones désertées ou plus contraignante l'installation dans les endroits les plus prisés.

A l'instar des médecins, les comportements des acteurs non institutionnels du système de santé sont régis par des schémas imposés par la logique de marché. La couverture sociale du risque maladie peut difficilement réguler un système et des acteurs dont les aspirations profondes dépassent les rôles dans lesquels on souhaiterait les voir évoluer. Les différentes familles de complémentaires, unies dans l'UNOCAM, ont du mal à dépasser la concurrence qui les divise. Cela se traduit par un désaccord autour des modalités d'application du contrat complémentaire dit responsable. Quant à l'industrie pharmaceutique, elle est naturellement animée par la recherche de profits. Malgré l'apparition d'une charte professionnelle, sa finalité mercantile la contraint à réduire les dépenses de recherche, dont les retours sur investissements sont aléatoires, pour développer des

approches fondées sur les techniques du marketing. Une telle stratégie est cohérente face à un renouvellement des besoins des usagers. La santé devient pour eux un bien supérieur. A la notion de santé se greffent de nouveaux domaines, tel l'environnement, de nouvelles thématiques, telle la dépendance, de nouvelles disciplines, telle la diététique. A terme, il est vraisemblable que l'assurance maladie aura à se repositionner face à l'extension des besoins de couverture sociale et à la mutation du risque. Dès la montée en charge de la réforme, les usagers opéreront par leurs comportements un choix de société quant au niveau de solidarité nécessaire à la couverture de leurs besoins.

3. Améliorer l'eficience des acteurs en clarifiant leurs responsabilités

Clarifier les responsabilités des acteurs au sein du système de santé constitue un préalable nécessaire à sa régulation. Cette question doit être envisagée dans deux dimensions, l'une macroéconomique et l'autre microéconomique. En effet, il s'agit d'abord de se demander à qui incombent la gouvernance et le pilotage du système de santé (1.1) avant de s'interroger sur le comportement des acteurs au quotidien dans la mise en œuvre de la régulation (1.2).

3.1. La nécessaire reconfiguration de la gouvernance⁴ et du pilotage⁵ du système de santé

En 2004, le diagnostic du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCCAM) sur la gouvernance du système de santé est sans appel. Il souligne en effet que le système de santé «*manque [d'] un véritable chef de file disposant en plénitude des moyens et du pouvoir de décider, [affichant] ses objectifs et (...) jugé sur la manière dont il les tient.*» Il ajoute que «*le système manque à tous les niveaux de capacité à décider en situation de responsabilité.*»⁶ Il plaide enfin pour un partage des compétences nettement tranché.

3.1.1. Renforcement des rôles d'orientation, de cadrage financier et de contrôle de l'État

Cette critique vise donc en premier lieu l'État, accusé de ne pas exercer pleinement ses responsabilités, par ailleurs confuses, dans la gouvernance et le pilotage du système de santé. Elle s'inscrit dans un contexte général de crise du modèle

⁴ Définition de l'office québécois de la langue française: «Manière d'orienter, de guider, de coordonner les activités d'un pays, d'une région, d'un groupe social ou d'une organisation privée ou publique. Elle permet aux pouvoirs politiques, économiques et administratifs de s'exercer à différents niveaux en faisant intervenir différents acteurs disposant de pouvoirs de décision à des degrés variés».

⁵ Le pilotage sera compris comme l'ensemble des actions nécessaires à la réalisation des objectifs du système. C'est en fait la dimension opérationnelle de la gouvernance.

⁶ FRAGONARD B., *Rapport du Haut-Conseil pour l'avenir de l'Assurance-Maladie*, 2004.

traditionnel étatique. L'État aujourd'hui encadré, englobé et concurrencé n'a plus de légitimité à agir sauf s'il respecte un principe de subsidiarité. Selon ce principe, l'État ne peut intervenir qu'en cas d'insuffisance ou de défaillance des mécanismes d'autorégulation sociale. Par ailleurs, cette intervention doit privilégier les dispositifs les plus proches des problèmes à résoudre et faire appel à la collaboration des acteurs sociaux.

Traduit dans le champ du système de santé, ce principe de subsidiarité revient à assigner à l'État des rôles d'orientation, de cadrage économique et financier et de contrôle. Cette redéfinition des contours de sa responsabilité présenterait deux avantages. D'une part, elle lui permettrait d'être moins exposé alors que ses capacités directes d'action apparaissent de plus en plus limitées. D'autre part, elle semble plus pertinente dans un temps où l'on s'interroge sur la capacité des dirigeants politiques, régulièrement confrontés à des échéances électorales, à résister aux revendications catégorielles⁷.

La fixation des grandes orientations du système de santé

Réguler le système de santé exige d'abord qu'en amont, un acteur fixe les grandes orientations de santé publique. L'État, garant de l'intérêt général, a toute légitimité pour assumer cette mission de nature régaliennne.

Il doit en premier lieu garantir le droit des citoyens à la santé en réaffirmant les principes d'égalité et d'équité. Il doit en second lieu définir de grands objectifs de santé publique tels que la réduction des inégalités de santé et d'accès aux soins ou encore l'amélioration de la sécurité sanitaire.

Or, force est de constater que jusque dans les années 2000, l'État n'a jamais été en mesure de construire à long terme une politique de santé publique cohérente, systématisée, et coordonnée. Ainsi ne s'est-il jamais doté de systèmes d'information performants destinés à lui donner une bonne connaissance des besoins de prévention et de soins de la société (ce qui constitue pourtant un pré requis indispensable à la détermination d'une politique de santé efficace). A cela se sont ajoutées une vision à court terme et non-hiérarchisée des problèmes sanitaires ainsi que la dispersion et la compétition mutuelle entre les différents acteurs participant à l'élaboration de la politique de santé.

L'État s'est efforcé de remédier à cette situation. Votée le 9 août 2004, la loi de santé publique affirme pour la première fois la responsabilité de l'État en matière de santé publique. Elle prône la définition d'outils orientés vers la prévention et la protection de la santé des populations. A cette fin, elle clarifie la répartition des responsabilités dans l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de santé publique.

⁷ Cette critique a été systématisée par l'École du Public Choice, dans les années soixante et soixante-dix. Théorie économique soulignant l'inefficacité et l'inefficience de l'État en matière de régulation économique.

Néanmoins, le rapport Dubernard⁸ sur l'application de la loi en mars 2005 présente un bilan très mitigé. Il fait ressortir un taux d'exécution de la loi particulièrement faible, faute de parution des textes réglementaires. De plus, dans son rapport public 2004, la Cour des Comptes reproche à l'administration et notamment à la Direction Générale de la Santé (DGS) l'enchevêtrement des compétences et le manque de coordination entre les acteurs dans ce domaine. Elle signale l'absence d'un chef de file identifié et les limites de la capacité de la DGS à proposer et à conduire la politique de santé publique, alors qu'elle devrait en constituer le pivot. Par conséquent, des marges de progrès existent encore. Il semble que l'État ait des difficultés à se saisir pleinement et efficacement de ses responsabilités en matière de santé publique.

Renforcement du cadrage économique et financier du système

Outre un rôle d'orientateur à assumer pleinement, il incombe aussi à l'État de déterminer les moyens financiers consacrés à la santé. Cette enveloppe de dépenses doit refléter des besoins en santé bien identifiés et évalués en amont, notamment dans le cadre de la loi de santé publique. L'État doit aussi définir les conditions d'équilibre des régimes sociaux.

La répartition des compétences entre le Parlement et le pouvoir exécutif a évolué sur ce sujet. Depuis 1996 et l'ordonnance du 22 février, le Parlement est plus étroitement associé au pilotage économique et financier du système en votant annuellement la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS). Avant cette date, le Parlement s'effaçait derrière la prédominance gouvernementale. Par le biais des LFSS, il se prononce enfin sur une norme de dépenses de santé conforme aux besoins de la nation et qu'il souhaiterait soutenable au plan financier. Il vote aussi l'équilibre des comptes sociaux. L'un des éléments essentiels du cadrage consiste en la fixation d'un Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM). Cet ONDAM englobe l'ensemble des secteurs de soins (soins de ville, hôpitaux, cliniques privées, établissements médico-sociaux) et des régimes d'Assurance Maladie.

L'objectif est ici d'encadrer et de maîtriser l'évolution des dépenses. Mais il semble de moins en moins crédible. En effet, chaque année, l'écart n'a cessé de croître entre l'ONDAM voté et le taux effectif d'augmentation des dépenses exécutées. De 1997 à 2002, ces écarts ont représenté entre 15 et 20 milliards d'euros. Dès lors, le pilotage économique et financier du système de santé s'est avéré inopérant.

Plusieurs facteurs expliquent cet échec. L'ONDAM et plus largement les LFSS relient imparfaitement les lois de santé publique, les objectifs fixés dans les

⁸ DUBERNARD J-M, *Rapport n°2207 sur la mise en application de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.*

Conventions d'objectifs et de gestion (COG)⁹ et les négociations sectorielles entre l'Assurance Maladie et les Professionnels de santé (PS) qui ont lieu dans le cadre des négociations conventionnelles. L'ONDAM souffre d'une absence de critères clairs, économiques et sanitaires justifiant le niveau de la «norme de dépense» et d'une absence d'ajustement prévisible en cas de non-respect de cette dernière. De plus, les dispositifs qui devaient assurer le respect de l'ONDAM n'ont jamais fonctionné. L'État s'est révélé incapable d'en imposer le respect aux différents acteurs;¹⁰ et ce, même en déléguant la gestion de l'enveloppe des soins de ville à l'Assurance Maladie. Ces dépassements récurrents ont fini par faire douter de l'opportunité et de la capacité de la représentation nationale à délibérer sur le sujet.

Par conséquent, il semblait indispensable de revoir le pilotage financier du système de santé, de le recrédibiliser. Dans ce but, la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie modernise le pilotage financier du système en instituant un cadrage pluriannuel des dépenses. Par ailleurs, afin de renforcer le caractère impératif de l'ONDAM, un comité d'alerte en cas de dépassement de cet objectif a été créé. Cet organe, placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale notifiera au Parlement, au gouvernement et à l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) l'existence d'un risque sérieux de dépassement des objectifs de dépenses, au-delà d'un seuil fixé par décret.

Ces nouveaux outils sont encore trop récents pour que leur efficacité puisse être évaluée. Mais on peut cependant douter de leur portée effective. Comment concrètement pourraient-ils conduire à faire respecter le taux d'évolution annuel de l'ONDAM, alors que celui-ci est par définition dépendant de variables sur lesquelles le Parlement a peu de prise (épidémies, comportement des assurés et des prescripteurs de soins etc.). La question de l'augmentation incontrôlée des dépenses de santé et de la régulation impossible du système persiste donc.

En fait, il faudrait déjà que l'État assume davantage sa responsabilité de pilote financier du système en se dotant d'outils de contrôle des coûts et de mécanismes de sanction à l'égard des acteurs ne respectant pas leurs engagements. Il faudrait aussi qu'il surmonte ses difficultés à recourir à de tels outils, à l'égard des PS notamment.

⁹ L'ordonnance du 24 avril 1996 prévoit la conclusion de conventions d'objectifs et de gestion entre l'État et les caisses nationales de sécurité sociale ainsi qu'avec l'ACOSS. Les objectifs sont de clarifier le partage des responsabilités et les relations entre l'État et les branches ou régimes, de progresser vers une meilleure organisation de chaque branche en renouvelant les rapports entre caisses nationales et organismes de base et de mettre en œuvre une démarche contractuelle, visant à préciser les objectifs pour pouvoir ensuite évaluer les résultats.

¹⁰ Ainsi, la LFSS de 1997 prévoyait que dans le cas où la dépense réelle de santé dans le secteur ambulatoire dépasserait le niveau fixé, un ajustement diminuerait la valeur unitaire des actes, les praticiens devant alors rembourser aux caisses le trop perçu pour la partie qui les concerne. La mise en place de cette procédure a suscité une vive opposition des médecins et a finalement été censurée par le Conseil d'État en 2000.

Renforcement des contrôles

Si l'État se recentre sur l'orientation et la stratégie, ainsi que sur le cadrage économique et financier, il doit en contrepartie renforcer ses contrôles a posteriori. Il s'agit d'évaluer les résultats des acteurs à qui il a délégué la mise en œuvre de la régulation. L'exercice n'est pas simple. D'une part, il devra s'assurer que les orientations et les principes qu'il a posés sont respectés. D'autre part et dans le même temps, il devra s'efforcer de ne pas entraver les délégataires dans l'exercice de leurs missions au quotidien. Force est de constater que jusqu'à présent, les contrôles a posteriori ont manqué de systématisme et d'efficacité. Ils gagneraient à être plus ciblés, affinés et coordonnés entre tous les organes chargés de les exercer ('Inspection Générale des Affaires Sociales [IGAS], Cour des Comptes, les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales [DRASS], Comités Régionaux d'Examen des Comptes des organismes de Sécurité Sociale [COREC] etc.)

En complément, il serait souhaitable que l'État se munisse d'un système d'information cohérent au niveau national. Cela lui permettrait de vérifier les effets des actions de correction induites par les contrôles.

Dans une perspective plus financière et économique, l'État tente déjà d'exercer une surveillance accrue et plus vigilante de l'équilibre des comptes de la Sécurité Sociale. En effet, une réforme de la loi organique relative aux LFSS est actuellement en cours. Elle vise le renforcement du contrôle du Parlement sur les comptes de la sécurité sociale. En outre, la loi du 13 août 2004 crée la Mission d'évaluation et de contrôle des LFSS (MECCS). Cette création manifeste encore la volonté du Parlement d'accroître le contrôle parlementaire des finances sociales. Elle vient compléter un dispositif permettant au Parlement de mieux suivre l'exécution LFSS et de s'assurer que les nouveaux outils législatifs et réglementaires répondent bien aux objectifs financiers retenus.

Une gouvernance performante du système de santé a donc besoin d'un État décideur, assumant son rôle stratégique, et acceptant de se recentrer sur ses missions fondamentales. Néanmoins, il ne peut piloter seul la régulation. Une association plus étroite avec l'Assurance Maladie semble indispensable. Ne pourrait-elle pas recevoir une large délégation de compétences dans la mise en œuvre des grandes options stratégiques décidées par l'État? Plus réactive, plus neutre, plus indépendante à l'égard des professionnels de santé et jouissant de bonnes capacités d'expertise, elle semble en effet la mieux placée pour revendiquer ce rôle d'opérateur de la régulation du système de santé.

3.1.1. L'Assurance Maladie, opérateur de la régulation du système de santé

Une association plus étroite de l'Assurance Maladie à la régulation

Le rôle d'opérateur de la régulation du système de santé est aujourd'hui pleinement reconnu à l'Assurance Maladie par la loi du 13 août 2004.

– L'Assurance Maladie reçoit une compétence nouvelle et élargie de l'État, à savoir la détermination du niveau de prise en charge des dépenses de santé par la collectivité.

Pour ce faire, elle met en place une nouvelle institution, l'UNCAM, qui devient le véritable chef d'orchestre de la régulation du système de santé. Cette structure regroupe les caisses nationales des trois principaux régimes¹¹. Elle s'appuie pour fonctionner sur un conseil constitué des partenaires sociaux, d'un collège des Directeurs de caisses et d'un Directeur Général, le Directeur de la CNAMTS.

L'UNCAM s'est vu confier la responsabilité de négocier au niveau national les conventions et accords régissant les relations de l'Assurance Maladie et des PS. Elle procède au classement de chaque médicament dans les catégories prévues par la loi. Elle est aussi chargée de fixer le taux de remboursement des actes et prestations pris en charge par l'Assurance Maladie. Enfin, elle décide de l'admission au remboursement des actes et prestations.

Ce faisant, l'UNCAM assume désormais des compétences réglementaires auparavant exercées par l'État. Ses décisions en matière de taux de remboursement et d'admission au remboursement des actes et prestations sont certes encadrées par décret et le ministre peut s'y opposer. Il n'en demeure pas moins que c'est l'UNCAM, et plus précisément son directeur général, qui déterminera à l'avenir le niveau de prise en charge des soins par la solidarité collective.

Cet accroissement des responsabilités du Directeur Général de l'UNCAM constitue une autre évolution notable. En effet, au sein de l'Assurance Maladie, le pilotage de la régulation n'est dorénavant plus exercé par les partenaires sociaux mais par le Directeur Général. La réforme de l'Assurance Maladie organise donc in fine un pôle de pouvoir autour du Directeur Général, censé donner une plus grande cohérence à la gestion du risque.

– Le renforcement des compétences confiées à l'Assurance Maladie s'accompagne d'une réorganisation majeure de son réseau et des conditions de sa gestion.

Cette restructuration, inférée par la loi du 13 août 2004 clarifie son mode de gouvernement en instaurant une nouvelle répartition des responsabilités au sein de la CNAMTS. Le Conseil d'Administration devient un simple Conseil et change d'attributions. Alors qu'il réglait par ses délibérations les affaires de la caisse, il n'intervient plus que pour fixer des principes ou des orientations. Le directeur de la CNAMTS devient le directeur général effectif de la caisse. Il acquiert une autorité pleine et entière sur le réseau des caisses locales. Il nomme et dénomme les directeurs, devenant dans les faits leur supérieur hiérarchique.

¹¹ Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS); Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA); Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes (CANAM).

Il en va de même au niveau local puisque la loi instaure un équilibre similaire au sein des caisses locales. Les conseils d'administration reçoivent un rôle d'orientation stratégique et changent à cette occasion, de dénomination, devenant les Conseils. Les directeurs endossent désormais un rôle de mise en œuvre opérationnelle de la régulation et un rôle plein et entier de gestion de la caisse. De plus, ils acquièrent la maîtrise du recrutement de leur équipe de direction et n'ont plus besoin de l'accord du conseil.

Ce faisant, le réseau de la CNAMTS devient un réseau hiérarchique. Aisément mobilisables, dépendants du directeur général de la CNAMTS qui est aussi le directeur général de l'UNCAM, les caisses d'Assurance Maladie et leurs dirigeants sont en ordre de bataille pour affronter les nouveaux enjeux de la régulation.

Pendant, cette nouvelle répartition des responsabilités au sein de l'Assurance Maladie n'est pas sans poser question. En effet, elle aboutit à un retrait certain des partenaires sociaux qu'il s'agisse de la gestion directe des caisses ou de leur rôle dans la régulation du système de santé. Par exemple, auparavant, le Président de la CNAMTS menait les discussions conventionnelles. Par ce biais, les partenaires sociaux pouvaient exercer une influence forte sur le système de soins et les dépenses de santé. Aujourd'hui, c'est le directeur général de l'UNCAM qui négocie et signe les accords avec les PS.

Ce nouveau positionnement des partenaires sociaux dans l'Assurance Maladie semble prendre acte des motifs qui avaient présidé au retrait du MEDEF des conseils des caisses en 2000. A l'époque, estimant que les partenaires sociaux n'avaient plus de légitimité à gérer l'Assurance Maladie,¹² il avait conditionné son retour à un abaissement de leur rôle dans le système.

On peut se demander si l'on n'assiste pas actuellement à une altération définitive du principe de la démocratie sociale. Si tel était le cas, il s'agirait peut-être de profiter de cette conjoncture pour essayer de faire progresser l'implication des usagers dans la gouvernance de l'Assurance Maladie.

– Par ailleurs, l'Assurance Maladie bénéficie de la mise en place de nouveaux outils tels que la tarification à l'activité ou la classification commune des actes médicaux (CCAM). Ces outils lui permettent une avancée tant en matière d'objectivation des coûts de revient des biens et des services que d'incitation à l'optimisation du système.

La CCAM est une échelle des coûts relatifs des actes techniques des différentes spécialités médicales (dont les soins dentaires). Elle couvre à la fois le coût du travail médical (stress, temps passé, technicité, effort mental), et le coût de la pratique (loyer, personnel, taxes, équipement, etc.) qui sont évalués sur la base des coûts historiques. Elle remplace la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) utilisée pour la tarification des actes en secteur libéral (honoraires) et pour la facturation des actes externes des établissements hospitaliers

¹² En effet, son financement est de moins en moins assis sur le travail et de plus en plus sur l'impôt.

sous dotation globale. Elle remplace aussi le catalogue des actes médicaux (CDAM) utilisé dans les établissements de santé pour le Programme de Médicalisation des Systèmes d'information (PMSI).

Élaborée par la CNAMTS et la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins (DHOS) du Ministère de l'emploi et des solidarités, en étroite collaboration avec les sociétés savantes, la CCAM constitue donc une liste d'actes codés, commune aux secteurs public et privé.

Cette nouvelle classification est destinée à décrire plus précisément chaque acte, à servir de base à la tarification en secteur libéral et à l'allocation des ressources aux établissements de santé dans le cadre du PMSI. Assise sur une plus grande connaissance de la structure des coûts, la CCAM clinique met fin à l'unicité du tarif de la lettre clé consultation¹³ en introduisant différents niveaux de consultation, approche plus conforme à la réalité des pratiques.

La NGAP et la CDAM s'étaient, en effet, révélées obsolètes puisque ne reflétant pas les structures des coûts réels. Par ailleurs, le montant du tarif de la lettre clé, négocié avec les syndicats professionnels, reflétait plus un certain état du rapport de négociation à un instant donné, que les coûts réels encourus par les praticiens. De ce fait, alors que la solvabilisation de la demande de soins est essentiellement assurée par de l'argent public, il existait des différences importantes de rémunération nette entre les différentes professions médicales. Or, ces disparités ne justifiaient pas toujours le niveau d'études et de formation, ou les sujétions, difficultés et risques de l'exercice professionnel.

De même, à l'intérieur d'une même profession, des inégalités prévalaient. Ainsi, lorsque des économies d'échelle existaient du fait de l'importance des coûts fixes – notamment pour les professions à plateau technique, telles que les laboratoires d'analyse de biologie médicale ou les cabinets de radiologie – un paiement à l'acte sans dégressivité conduisait à une forte dispersion des marges, suivant la taille des cabinets.

La nouvelle classification devrait par exemple être accompagnée d'une revalorisation des actes, soit un ajustement d'un tiers de leur tarif cible. Ainsi les chirurgiens (+6,5% sur les actes techniques), les anesthésistes-réanimateurs (+7,7%) et les gynécologues-obstétriciens (+8%) vont notamment en bénéficier sur la base d'une enveloppe de 180 millions d'euros en année pleine. A contrario certaines spécialités verront leurs actes dévalorisés, à l'instar des spécialités de la médecine nucléaire dont les actes techniques perdront 3,8 %.

Le passage de la NGAP à la CCAM ne devrait pas se faire si facilement, dans la mesure où il faudra que les éditeurs de logiciels adaptent rapidement leur outil à cette nouvelle tarification et la fassent parvenir aux médecins. «*Il va probablement y avoir une période d'adaptatio*», a indiqué M. Van Roekeghem, directeur de la CNAMTS au cours d'une conférence de presse¹⁴, rappelant la concomitance de la mise en place, depuis le 1^{er} mars, de la tarification à l'activité dans les cliniques

¹³ En exemple, C pour la consultation de médecine de ville.

¹⁴ Point presse mensuel de l'assurance maladie, 14 mars 2005.

privées. La Fédération de l'hospitalisation privée, dans un communiqué du 22 mars a, en effet, constaté une impossibilité technique à mettre en place la CCAM rapidement. Les pouvoirs publics s'attendaient visiblement à cette demande. Une lettre du Directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, adressée aux directeurs des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH), prévoit ainsi que «*face aux difficultés prévisibles que pourraient rencontrer les établissements de santé public et privés, ces établissements bénéficieront d'une tolérance exceptionnelle et transitoire leur permettant de facturer les actes techniques en NGAP pendant une période de trois mois au maximum (soit jusqu'au 30 juin 2005)*». Cette tolérance permettra aux établissements une mise à jour des systèmes informatiques ainsi qu'une appropriation des nouvelles modalités de facturation.

Cette approche par la rationalisation des composantes de coût (CCAM), et de globalisation par pathologie, constitue un indéniable progrès dans l'objectivation des coûts de revient.

Cependant, ces modes de rémunération n'ont pas de vertu par en eux-mêmes, et supposent qu'en soient tirées des conséquences, par exemple en matière de rémunération des coûts des opérateurs, de redéploiement ou de reconversion des établissements ou services.

3.1.2. L'émergence du pouvoir des experts dans l'aide à la décision de la régulation

Pour que la nouvelle répartition des responsabilités soit opérante, l'État et l'Assurance Maladie ont renforcé leurs capacités d'expertise en créant ou réorganisant un réseau d'autorités administratives indépendantes et d'organes spécialisés dans différents domaines relatifs à la santé. Leur mission est d'aider à la prise de décision. L'un des maillons les plus essentiels de ce réseau est la Haute Autorité en Santé (HAS).

La Haute Autorité en Santé

La création de cette instance répond aux préconisations du HCAAM. Celui-ci avait estimé indispensable que l'évaluation périodique du service médical rendu par les prestations et les produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) ainsi que l'élaboration et la diffusion de guides de bon usage de soins et bonnes pratiques relèvent d'une seule et même autorité, clairement distincte de l'assurance maladie et des organisations professionnelles.

Loin d'être une structure de plus dans le paysage sanitaire, le statut juridique de la Haute Autorité de santé constitue un de ses principaux atouts. Elle est une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale. Non soumise à la tutelle d'un ministre, elle évitera les conflits d'intérêts et sera libre de toutes pressions, institutionnelle, professionnelle ou citoyenne.

D'autres éléments concourent à cette autonomie tels que le mode de désignation de son organe dirigeant, le collège (huit membres dont deux désignés

par le président de la République, deux par le président du Sénat, deux par le président de l'Assemblée Nationale, deux par le président du Conseil économique et social), le code de déontologie dont elle va se doter ou encore le fait que les huit membres aient abandonné leurs mandats et leurs responsabilités professionnelles. Il reste toutefois que l'indépendance ne se décrète pas, elle se démontre.

– La HAS reprend les fonctions exercées jusqu'à présent par la commission de la transparence, la commission d'évaluation des produits et prestations de santé, l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), le Fonds pour la promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM). A cela, s'ajoutent de nouvelles missions.

Ses trois principales missions concernent la définition d'un périmètre de soins. Elle évalue le service attendu ou rendu des actes, prestations et produits de santé, et élabore des recommandations sur les conditions de prise en charge des affections de longue durée (ALD). Elle contribue aussi par son expertise médicale au bien-fondé et à la pertinence des décisions de remboursements.

La HAS assure aussi d'autres missions importantes telles que l'élaboration de guide de bon usage des soins et recommandations de bonnes pratiques et contribue à l'amélioration de l'information médicale et à sa diffusion. Elle certifie, par ailleurs, les établissements de santé, accrédite les médecins et les équipes médicales et évalue les pratiques professionnelles.

Après l'indépendance, l'expertise est donc la seconde caractéristique de l'institution puisqu'elle ne donnera ses avis et ses recommandations que sur des bases scientifiques. Elle assure *«un pont entre la science et l'action, entre la science et le terrain»* résume son directeur Alain Coulomb.¹⁵ Les actes professionnels, le service rendu par les produits de santé seront évalués en fonction de leur efficacité, de leur sécurité, de la stratégie thérapeutique, de la gravité de la pathologie concernée et de leur impact sur la morbidité, la mortalité, le système de soins et la politique de santé publique.

– Cependant, dans l'optique d'une réelle régulation du système de santé, cette mission est particulièrement importante. En effet, l'examen du contenu et des règles constitutives du «périmètre remboursable» et de sa traduction concrète sous forme de listes ou de nomenclatures constitue, à l'évidence, un élément essentiel du diagnostic porté sur un système d'assurance maladie. L'admission au remboursement n'est en réalité légitime que si le bien ou le service est employé dans un contexte médical adéquat. Le principe de «médicalisation» du périmètre des biens et services remboursables signifie que les priorités collectives ne doivent pas seulement s'exprimer au moment de l'inscription de l'acte ou du produit mais aussi sur la manière dont le soin sera exécuté.

Par son expertise et l'étendue de ses missions (diffusion de référentiels de bonnes pratiques), la HAS a un rôle stratégique (ce principe de médicalisation

¹⁵ *Le quotidien du médecin*, janvier 2005.

implique bien évidemment une participation des professionnels de santé). Le périmètre reflète de facto des choix collectifs puisque les ressources financières ne sont pas illimitées. Cela entraîne à se poser des questions de hiérarchisation des priorités et à passer de choix implicites à des décisions explicites et raisonnées.

La HAS est une instance stratégique dans la réforme de notre système d'assurance maladie et caractérise l'émergence du pouvoir des experts dans l'aide à la décision de la régulation. En effet, ces dernières années ont vu fleurir les institutions indépendantes ou non, chargées de conseiller les décideurs par de l'information la plus objective qui soit.

D'autres institutions d'experts interviennent telles que le Conseil de l'Hospitalisation, le Comité Économique des produits de santé ou encore l'Institut nationale des données de santé.

Ainsi, le Conseil de l'hospitalisation associe-t-il l'Assurance Maladie à la définition des orientations dans le domaine hospitalier et propose aux ministres concernés des éléments de la politique de financement.

Quant au comité économique des produits de santé, il voit son rôle renforcé afin de mettre en œuvre une politique globale et cohérente du médicament et des dispositifs inscrits à la liste des produits et prestations.

Enfin, l'Institut national des données de santé (INDS) dont la création est prévue par la loi du 13 août sera un organisme au service des médecins. Il permettra de regrouper, de classier et de diffuser, notamment auprès des professionnels de santé, les données de santé recensées par divers organismes (hôpitaux, CNAM, etc.). Les données reçues seront anonymes dans le souci de la plus stricte confidentialité. A partir de l'analyse de ces données, des études sur le système de soins français pourront être réalisées. Les conditions de création de l'Institut national des données de santé seront précisées par un décret en Conseil d'État, dont la publication devrait intervenir au second semestre 2005.

3.2. Une définition nécessaire des rôles pour une responsabilisation au quotidien des acteurs

Si la réorganisation de la gouvernance et du pilotage du système de santé se révèle être un enjeu fondamental pour améliorer la régulation du système de santé, la clarification des responsabilités au niveau microéconomique est tout aussi indispensable. Elle doit permettre que *«chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie»* (article 1 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance-maladie).

3.2.1. Le rôle de l'utilisateur: de l'accroissement de sa contribution financière à la conception d'une responsabilisation basée sur un bon usage du système de santé

Les limites du jeu des hausses de cotisations et baisses de remboursement à travers les plans de redressement de la Sécurité Sociale

De 1975 à 1995, pour faire face à l'augmentation continue des dépenses de santé, l'assurance-maladie a connu des «plans de redressement» à 18 mois d'intervalle en moyenne. Ils ont été essentiellement axés sur la demande de soins à travers deux volets. Le premier s'est traduit par la baisse des remboursements avec la hausse progressive des tickets modérateurs pour les honoraires des médecins du secteur I ainsi que pour un nombre croissant de médicaments, l'augmentation du nombre de médecins dans le secteur II créé en 1980 et également l'instauration en 1982 du forfait hospitalier. Ainsi, le taux de couverture des dépenses de santé par la Sécurité Sociale est passé de 74,3% en 1980 à 71,9% en 1990.¹⁶ Mais les politiques mises en œuvre ont surtout reposé sur le deuxième volet qui se caractérisait par une augmentation des ressources: hausse des taxes affectées comme les taxes sur les tabacs et sur l'alcool – finançant directement les dépenses sociales –, et surtout, hausse des cotisations sociales payées par les salariés. La part des prélèvements sociaux dans les prélèvements obligatoires est alors passée de 39% en 1970 à 46% en 1995.¹⁷

Pourtant, ces différents plans n'ont pas empêché l'apparition dès 1978 d'un déficit de l'assurance maladie qui a atteint 6,1 milliards d'euros en 1995. De plus, les effets pervers ont été nombreux: problèmes d'accès aux soins pour les personnes en difficultés financières ne pouvant souscrire à une couverture complémentaire et multiplication des actes des professionnels de santé ainsi que «fausses innovations» des firmes pharmaceutiques pour contourner la politique des soins à bas tarifs.

A partir des années 90, et surtout avec la réforme Juppé de 1995-1996, les pouvoirs publics adoptent une nouvelle stratégie qui vise à réguler l'offre de soins ambulatoires et hospitaliers. Cette politique introduit un ONDAM voté chaque année par le Parlement. Elle développe également la «maîtrise médicalisée des dépenses», par opposition à une maîtrise seulement comptable, qui se traduit par la négociation de conventions avec les professionnels et établissements de santé ainsi que par la généralisation des «Références Médicales Opposables» (RMO). Par ailleurs, la hausse des prélèvements obligatoires a continué avec l'extension et l'augmentation de la Contribution Sociale Généralisée (CSG) pour financer l'assurance-maladie, la création de la Contribution pour le Remboursement de la

¹⁶ DESTAIS N., *Le système de santé: organisation et régulation*, LGDJ, 2003.

¹⁷ PALIER B., *Gouverner la Sécurité Sociale, les transformations du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, 2002.

Dettes Sociales (CRDS) puis la hausse des taxes sur le tabac et celle du forfait hospitalier.

Pendant, ces mesures n'ont pas non plus permis de réguler efficacement le système de santé: elles n'ont pas réussi à responsabiliser suffisamment les professionnels de santé ni les assurés qui, ayant une mutuelle pour la majorité, n'ont pas été incités à faire un usage plus raisonné et plus économe du système de soins. Par ailleurs, l'augmentation des inégalités d'accès aux soins n'a pu qu'être compensée partiellement par la création de la Couverture Médicale Universelle (CMU) en 2000.

Ainsi, les experts du HCAAM ont montré que la logique de déremboursement et de rationnement des soins est génératrice d'inégalités insupportables à terme. Ils ont par ailleurs jugé «urgent» d'opérer «un redressement par la qualité» du système de soins et ont alors proposé une réforme en profondeur pour remédier à la situation financière critique de la branche maladie.

3.2.2. Le rôle des organismes de Sécurité Sociale et complémentaires au cœur du système de santé: une responsabilisation accrue et une régulation efficiente

L'engagement de l'Assurance Maladie dans la mise en place des réformes

Avec la réforme d'août 2004 et la nouvelle convention médicale de janvier 2005, la priorité de tout le réseau de l'Assurance Maladie est donnée à la régulation.

– Un effort d'explication des objectifs de la réforme aux autres acteurs: assurés, professionnels de santé, complémentaires.

L'implication des acteurs est un élément majeur de la réussite de la réforme. L'assurance maladie par l'intermédiaire de la CNAMTS et des Caisses Primaires est un soutien indispensable pour promouvoir les effets bénéfiques de la réforme et faciliter l'application des dispositifs pour les assurés, les professionnels de santé ou les organismes complémentaires. Elle doit aujourd'hui développer un nouveau rôle d'orientation et de conseil.

L'information d'ordre général sur la mise en place de la réforme est renforcée. Ainsi, la CNAMTS a mis en place deux plateformes «virtuelles» spécifiques à la réforme avec deux numéros d'appel pour les assurés, d'une part, et les professionnels de santé, d'autre part.

Le dispositif d'accompagnement sur le terrain pour les professionnels de santé s'appuie principalement sur la visite des délégués de l'Assurance Maladie. En quelques mois, 50000 médecins libéraux vont être visités. Leur mission est d'informer les professionnels de santé sur les engagements retenus et de leur procurer les outils de suivi de leurs actions. La diffusion des référentiels de bonne pratique portant en priorité sur les Affections de Longue Durée (ALD) doit permettre d'améliorer le suivi thérapeutique des patients tout en économisant sur les prescriptions pharmaceutiques. Les réunions d'information destinées aux PS se

multiplient pour faire d'eux des acteurs responsables du système de santé. L'Assurance Maladie doit leur donner les moyens de repérer par exemple le respect des indications de remboursement de certains médicaments. Par ailleurs la CNAMTS, conformément à l'article 21 de la loi du 13 août 2004, prépare le lancement d'un service en ligne – le «web médecin» – permettant à chaque médecin libéral de consulter tous les remboursements ou indemnités journalières (IJ) versés à son patient au cours des douze derniers mois.

– Une indispensable adaptation des moyens techniques et informatiques et des sécurités.

L'ampleur de la réforme et le contenu dense de la convention médicale supposent une adaptation forte et rapide des moyens techniques et informatiques des CPAM. C'est ainsi le cas pour la prise en compte de la franchise d'un euro mais aussi des nouvelles exigences de la liquidation médico-administrative. Les CPAM sont également chargées de la gestion des formulaires de médecin traitant envoyés à 37 millions de personnes et qui doivent être retournés avant le 1^{er} juillet 2005 pour tous les patients ayant consulté avant cette date.

Par ailleurs, la nécessité de posséder des systèmes d'information parfaitement sécurisés s'étend avec la prochaine généralisation du Dossier Médical Personnel (DMP). L'introduction des données sensibles comme les informations médicales oblige à une parfaite maîtrise des sécurités. Comme auparavant pour le système SESAM-Vitale, la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) veillera en terme de protection des libertés individuelles.

– Un rôle de veille et d'alerte dans le suivi de la réforme et des dépenses.

Afin d'atteindre les objectifs de la convention médicale, un suivi paritaire a été mis en place entre l'Assurance Maladie et les représentants des médecins. Il repose sur une étroite collaboration entre des commissions paritaires nationale, régionale et locale.

Les organismes sont chargés du suivi des cinq priorités affichées en matière de maîtrise médicalisée qui portent sur les ALD, les statines, les arrêts de travail, les antibiotiques et la catégorie des anxiolytiques/hypnotiques. Un retour personnalisé sur l'activité de prescription relative aux engagements fixés est adressée régulièrement aux médecins. Par ailleurs, l'activité en dépassement autorisée de façon limitée dans le cadre du parcours de soins fera l'objet d'un suivi attentif et d'une alerte adressée au médecin s'il s'approche des limites permises.

L'engagement de l'Assurance Maladie dans le contrôle du respect de la réforme et de la convention médicale

– Une politique de contrôle efficace notamment sur les IJ et l'ALD.

Au-delà de la nécessaire politique d'information et d'incitation au respect des règles et objectifs, une politique de contrôle efficace est un élément indispensable de la régulation. Un pouvoir plus important en terme de gestion du risque est

dévolu aux CPAM notamment sur les prescriptions. Pour pouvoir suivre le respect des engagements des médecins de nouveaux outils sont développés par la CNAMTS: fiche individuelle par PS, manuels réglementaires et argumentaires.

La réforme a inscrit des chantiers majeurs dans la politique de contrôle (les IJ, les ALD et les transports de malades) auxquels se sont ajoutés ceux de la convention médicale. Pour les IJ, la politique d'information a priori sur les contrôles menée par la CNAMTS permet d'obtenir une modification des comportements et une inversion de la tendance.

En rapport avec l'objectif conventionnel relatif au respect des règles de prise en charge des ALD, les délégués de l'Assurance Maladie vont insister sur l'obligation d'utilisation de l'ordonnancier bizonne pour faire la différence entre la maladie exonérante et les autres pathologies. La mise sous contrôle systématique des remboursements des prescriptions ne respectant pas la réglementation sera assurée par la «liquidation médicalisée».

– Le suivi de l'application des procédures annoncées pour une meilleure crédibilité et efficacité et le pouvoir de sanctionner

L'information, l'incitation et le contrôle ne sauraient suffire à garantir le succès des dispositifs si les engagements ne sont pas respectés. C'est pourquoi le législateur a prévu un volet répressif dans la loi du 13 août 2004 qui concerne autant les malades, les médecins que les employeurs.

Ainsi, l'Assurance Maladie pourra sanctionner les auteurs d'abus ou de fraudes caractérisées comme l'usurpation de carte Vitale, les cotations d'actes fictifs ou les fausses déclarations. La sanction s'appuie sur un système d'amendes et la pénalité varie en fonction de la gravité des faits reprochés (montant du préjudice pour l'Assurance Maladie) et de leur caractère répétitif. Un décret fixe la liste des faits susceptibles d'être sanctionnés et qui seront notifiées par les directeurs des CPAM. Pour les assurés il s'agit des fraudes à la carte Vitale et des arrêts maladie non justifiés (et notamment l'obligation de présentation aux contrôles). Pour les médecins, deux risques majeurs sont identifiés : la non-justification des arrêts de travail et des transports prescrits et surtout le non-respect des conditions de prise en charge ou de prescriptions prévues lors de l'inscription au remboursement pour les médicaments. Par ailleurs, dans chaque Caisse un conciliateur assurera la médiation en cas de litiges entre un médecin et un patient notamment sur la question sensible des délais d'accès au spécialiste, le système de double file d'attente étant strictement interdit.

Le rôle des organismes complémentaires en tant que financeur avisé.

Qu'il s'agisse des mutuelles, des assureurs ou des institutions de prévoyance, leur préoccupation actuelle concerne le financement d'une part de plus en plus lourde du risque maladie (autour de 25 milliards d'euros par an) et la banalisation de l'offre complémentaire sans possibilité de faire jouer la concurrence. Ainsi les organismes complémentaires estiment devoir faire prochainement face à la

politique de baisse des taux de remboursement de certains médicaments et la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).

Il faut alors leur donner les moyens de faire de la gestion du risque et notamment d'accéder au système d'information de l'assurance maladie. La question de leur intégration complète comme acteur de la régulation à travers l'Union Nationale des Organismes Complémentaires (UNOC) se pose au regard de leur poids dans la prise en charge de la maladie (12,2 % des dépenses de soins et de biens médicaux). On peut cependant noter que les négociations sur la convention médicale signée en janvier 2005 furent conduites avec une parfaite indifférence à l'endroit des complémentaires.

Aujourd'hui, leur participation à l'effort s'inscrit dans le développement des contrats dits responsables, à mettre en place à partir du 1 janvier 2006. Seuls ces contrats bénéficieront d'avantages fiscaux à condition que la prise en charge de la participation forfaitaire d'un euro et d'au moins une partie des dépassements d'honoraires hors parcours de soins se soit pas assurée pour le patient. Le dispositif fait l'objet d'un vif débat entre la Mutualité Française (FNMF) qui plaide pour l'exclusion de toute prise en charge des dépassements et la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA) qui préconise une prise en charge partielle; débat que le gouvernement doit arbitrer.

Au final, la clarification des responsabilités des acteurs du système de santé apparaît comme un préalable nécessaire à toute régulation. Elle passe par une reconfiguration de la gouvernance et du pilotage du système de santé et ne saurait éviter une définition claire des rôles de chaque acteur.

Mais cette clarification des responsabilités de chacun ne peut trouver son efficacité que si elle s'accompagne d'une coordination des acteurs du système.

3.2.3. La logique de marché du système de santé, entrave à la régulation volontariste

Les développements précédents montrent que la régulation du système de santé n'est possible que si ses acteurs font un usage parcimonieux de la liberté dont ils disposent. En jouant le jeu de la coordination, ils dépasseraient les mesures de responsabilisation prévues par la réforme pour manifester un sens réel des responsabilités. Cela suppose le passage d'une culture de choix individualistes à un effort collectif consenti. Mais cette hypothèse s'accorde mal aux finalités divergentes de l'assurance maladie et du système de santé. En effet, la première repose sur un système d'assurance sociale qui recherche la régulation dans le cadre d'un financement contraint, tandis que le second obéit à des principes libéraux plus ou moins altérés, ainsi qu'à une logique de marché fondée sur la croissance. Le changement des comportements est la clé de la régulation mais se heurte à des principes libéraux et des intérêts économiques.

Le maintien d'une médecine libérale: un frein à la régulation d'un système de santé basé sur des assurances sociales obligatoires

Médecine libérale et assurance sociale obligatoire: la contradiction entre les adjectifs qui qualifient les deux entités est patente. La santé des Français dépend pourtant simultanément de ces deux réalités antagonistes. Même si au fil des dernières décennies, l'Etat a réduit la portée du champ libéral (voir encart) comme du champ obligatoire avec le financement du risque par la CSG et la couverture maladie universelle, la coexistence de ces logiques contradictoires demeure. La confrontation s'est accentuée avec la crise structurelle du financement. Mais aucune ne peut l'emporter sans aboutir à un changement radical d'orientation du système. Si l'assurance maladie pouvait contrôler le corps médical, la France s'orienterait vers un système étatique à l'anglaise. Si la médecine s'affranchissait de toute emprise, c'est un système libéral de marché qui prévaudrait. Malgré la réforme, l'état actuel du rapport de force se situe à mi-chemin, ce qui est source d'inefficience du système.

Aujourd'hui, la régulation du système de santé, en ce qu'elle s'attache à maîtriser les dépenses, se heurte à deux principes solidement ancrés : le libre choix du médecin et la liberté de prescription. A cela, il faut ajouter une troisième liberté, qui ne figure pas dans la charte initiale: la liberté d'installation qui reste largement incontrôlée.

- Le libre choix du médecin: de la dérive des patients à la dérive des professionnels.

Ce principe garantit à chacun la possibilité d'établir un lien de confiance avec son praticien, de préserver la dimension juridique de l'*intuitu personae* dans le cadre de la relation contractuelle. En pratique, cela signifie que tout patient potentiel peut consulter un médecin quel que soit le lieu d'implantation du cabinet médical, quel que soit la spécialité du praticien. Cela signifie encore que pour une nouvelle pathologie ou pour le suivi d'une même pathologie d'une fois sur l'autre, ce patient pourra changer de médecin à sa convenance personnelle. Dans toutes les hypothèses, jusqu'à présent, l'assurance maladie est tenue de prendre en charge les soins qui résulteront des consultations.

Il est reproché à cette liberté de mener à des abus de la part des patients, sources de dépenses inutiles car n'apportant aucune plus value à leur santé. L'assurance maladie n'a pas vocation à prendre en charge une consommation volatile de soins, communément appelée «nomadisme médical». Ce comportement dénoncé, consiste à consulter plusieurs médecins dans le but d'obtenir finalement un diagnostic plus conforme aux attentes du patient. Il peut s'agir, par exemple, de rechercher un médecin compréhensif pour octroyer un arrêt de travail. Le libre choix permet d'accéder directement aux spécialistes. Puisque la consultation ne repose sur aucun préalable médical, les honoraires de spécialistes pourraient faire l'objet d'une prise en charge onéreuse alors que dans certaines situations la compétence du généraliste suffirait. Les pouvoirs publics ont donc tenté de limiter

l'impact du libre choix. Le premier essai reposait sur le dispositif optionnel du médecin référent (avenant n°1 de la convention médicale de 1998), qui n'a pas recueilli un nombre d'adhésions significatif. La réforme d'août 2004 a généralisé l'approche des soins coordonnés. Elle prévoit le choix d'un médecin traitant pour tous les assurés de plus de 16 ans. La consultation en première intention du médecin traitant est sensée garantir un parcours de soins optimum pour l'assuré. Les gardes fous du dispositif sont d'ordre financier, puisque en cas de non respect, l'assuré s'expose à la limitation de sa prise en charge (voir supra).

Mais le législateur n'a pas remis en cause le libre choix du médecin. La consultation hors parcours des spécialistes ne conduit pas à un déremboursement mais à l'application d'honoraires de dépassement au profit des médecins. Si de nombreux usagers décident de consulter malgré tout les spécialistes hors parcours, parce qu'ils sont aisés, pour gagner du temps ou simplement parce qu'ils considèrent la santé comme un bien supérieur de consommation (voir infra), rien ne les en empêchera.

On risque de voir apparaître une médecine à deux vitesses. L'intérêt économique des médecins spécialistes les pousseraient à privilégier sur leur carnet de rendez-vous ceux qui accepteraient les dépassements. Les populations moins solvables, astreintes financièrement au parcours de soins, rencontreraient des difficultés d'accès aux soins. Elles seraient vraisemblablement dirigées vers des praticiens dont les compétences seraient moins reconnues. Une telle évolution ne réduirait pas l'écart de santé persistant entre les catégories socioprofessionnelles dites supérieures et les autres.

Les caisses d'assurance maladie sont depositaires de la surveillance locale du bon accès aux soins. Les moyens dont elles disposent pour contraindre les médecins à une répartition plus équitable de leur clientèle seront bien maigres : sans seuil légal ou conventionnel opposable et face au principe supérieur du libre choix, les possibilités d'actions s'avèrent minimes.

– L'incertitude quant au pouvoir de sanction de l'assurance maladie face aux abus de la libre prescription

La libre prescription traduit la possibilité pour le médecin de mettre en œuvre tous les moyens adaptés au traitement du patient. Elle découle du diagnostic qu'il aura pu établir en s'appuyant sur ses compétences. Il s'agit d'un principe nécessaire pour garantir l'amélioration la plus complète de l'état de santé des populations.

C'est encore l'abus de ce principe, quantitatif ou qualitatif, que cherche à contrôler l'assurance maladie. D'un point de vue quantitatif, la composition de l'ordonnance laisse parfois apparaître de nombreuses lignes dont l'évolution de la moyenne est surveillée par les caisses. Le volume de ces prescriptions, ainsi que le coût individuel des spécialités ont un impact direct sur les dépenses. Les causes sont diverses : pression des laboratoires ou des patients, etc. Qualitativement, il existe un risque d'ordonner une spécialité médicamenteuse hors des préconisations associées à l'autorisation de mise sur le marché. Pire, dans certains cas, le médecin

fera courir un risque iatrogène (interaction dangereuse de substances) à son patient. Il n'existe pas de barème opposable des durées d'arrêt de travail en fonction des pathologies, ce qui induit des dérapages, puisque le médecin ordonne en vertu de son seul jugement des arrêts de travail synonymes d'indemnités journalières.

Pour prévenir les dépenses inutiles qu'engendrent les abus de prescription, l'assurance maladie dispose de plusieurs moyens. Tout d'abord, les médecins ont la possibilité de prescrire la molécule du principe actif du médicament en DCI (dénomination commune internationale), ce qui favorise la délivrance de génériques par les pharmaciens. Mais il ne s'agit encore que d'une faculté peu employée. Ensuite, la liquidation médico-administrative permettra de signaler, via des traitements informatiques, les prescriptions non conformes à la réglementation en vigueur qui ne seront pas remboursées. Enfin, dès 2005 dans le cadre de la gestion du risque, l'étude des profils des prescripteurs atypiques dans certains domaines se généralise. Il en va ainsi, comme nous l'avons vu plus haut, des prescriptions sur ordonnanciers bi zone ou encore des prescriptions d'arrêt de travail.

Glossaire

AcBUS	Accord de Bon Usage des Soins
AFAQ	Agence Française d'Accréditation de la Qualité
ALD	Affection de Longue Durée
AM	Assurance Maladie
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des professions indépendantes
CBP	Contrat de Bonne Pratique
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCMSA	Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CDAM	Catalogue des Actes Médicaux
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMU	Couverture Médicale Universelle
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNIL	Commission Nationale Informatique et Libertés
COG	Conventions d'Objectifs et de Gestion
COREC	Comités Régionaux d'Examen des Comptes des organismes de Sécurité Sociale
CPS	Carte Professionnel de Santé
CRDS	Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale
CSG	Contribution Sociale Généralisée
CSP	Contrat de Santé Publique
DAM	Délégués de l'Assurance Maladie
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DMP	Dossier Médical Personnel
DRASS	Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales
DRE	Demande de Remboursement Electronique
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FFSA	Fédération Française des Sociétés d'Assurance
FNMF	Fédération Nationale de la Mutualité Française
FNPEIS	Fonds National de Prévention d'Education d'Information Sanitaire
FOPIM	Fonds pour la Promotion de l'Information Médicale et Médico-économique
GIP	Groupement d'Intérêt Public
HAS	Haute Autorité en Santé
HCCAM	Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IJ	Indemnités Journalières
INDS	Institut national des données de santé

ISO	International Organization for Standardization
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LMA	Liquidation Médico-Administrative
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MECSS	Mission d'évaluation et de contrôle des LFSS
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
ONDAM	Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PS	Professionnels de Santé
RMO	Références Médicales Opposables
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation A l'Activité
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNOC	Union Nationale des Organismes Complémentaires
UNPS	Union Nationale des Professionnels de Santé
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

Bibliographie

Ouvrages

- CHEVALLIER J., *L'État post-moderne*, 2003.
- DE MONTALEMBERT M. (sous la dir. de), *La Protection sociale en France*, Documentation française, 2004.
- DESTAIS N., *Le système de santé: organisation et régulation*, LGDJ, 2003.
- HUTEAU G., *Sécurité sociale et politiques sociales*, 3^e édition, A.Colin.
- PALIER B., *Gouverner la Sécurité Sociale, les transformations du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, 2002.
- PALIER B., *La réforme des systèmes de santé*, PUF, 2004.

Rapports et avis

- COUR DES COMPTES, «L'évolution du rôle de la direction générale de la santé» in *Rapport au Président de la République suivi des réponses administrations, collectivités, organismes et entreprises 2004*, 2004.
- DUBERNARD J.M., *Rapport n°2207 sur la mise en application de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique*.
- FRAGONARD B., *Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie*, 2004.
- HCAAM, *Assurance-maladie et prévention: pour un engagement plus efficient de tous les acteurs*, avis du 15 novembre 2004.
- ORDRE DES MEDECINS, *Rapport de la commission nationale permanente de l'ordre des médecins sur la démographie médicale*, juin 2003.

Articles de journaux et de revues spécialisées

- BOUTON D., «*la réforme de l'assurance maladie*», *Le Monde*, 25 décembre 2003.
- BRAS P-L., «*Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?* » in *Droit social*, novembre 2004, n°11, p.967
- HUSSON M., «*la santé: un bien supérieur?*» in *Chroniques internationales de l'IRES*, n°91, novembre 2004.
- Protection sociale Informations, «*Gestion du risque à la CNAM*», 20 avril 2005, p. 8.

HOMICSKÓ ÁRPÁD OLIVÉR

A FRANCIA EGÉSZSÉGBIZTOSÍTÁS SZABÁLYOZÁSA

(Összefoglalás)

A francia egészségügyi rendszeren belül a betegbiztosítás leírását és elemzését kíséreltem meg a 2004. augusztus 9-ei Közegészségügyi törvényre és a 2004. augusztus 13-ai Betegbiztosítási törvényre tekintettel. Az egészséghez való jog alapvető emberi jog, ezt minden államnak garantálni kell, amit az egészségügyi intézményrendszer fenntartásával és működtetésével valósítanak meg.

A francia szakirodalom egészségügyi rendszerekre vonatkozó csoportosítása megkülönbözteti az angol nemzeti egészségügyi rendszert (NHS – National Health System), a piaci alapon működő Egyesült Államokban létező modellt és az ún. német modellt. A francia megoldás a német szabályozási modellhez áll a legközelebb, tekintettel azonban az országban található sajátosságokra.

A francia egészségügyi rendszerben a biztosítási védelmet jövedelemtől függő járulékokkal finanszírozzák, hasonlóan számos más Európai Unió tagállamhoz, azonban a finanszírozást többszereplős kötelező betegpénztárak bonyolítják le foglalkozási ágak szerint, amelyek szabályozóan avatkoznak be az egészségügyi rendszerbe is. A francia rendszer alapja egy többszereplős fekvőbeteg ellátás, amelyben közösségi és független egyéni közhasznú fenntartók biztosítják az ellátás nagy részét. A francia sajátosságok közé tartozik, hogy a betegbiztosítás kiadásainak jó egyharmadát adóhoz hasonló járulékokkal finanszírozzák, ami lényegében egy egységbiztosítás. Ezzel azonban a kötelező betegpénztárak az ellátási ráfordításoknak csak egy részét fedezik. Ezért a franciák 90 százaléka egy kiegészítő biztosítást köthet, fejkvóták alapján. E kiegészítő biztosítások kétharmadát szövetkezeti pénztárak kezelik. Az úgynevezett kiegészítő szektor (amelyhez a kereskedelmi magánbiztosítások is számítanak) az egészségügyi kiadások 11 százalékát finanszírozzák. Említésre méltó ezen kívül a Franciaországban bevezetett ún. állami alapbiztosítás (Couverture Maladie Universale – CMU), amely vállalja azok járulékait a kötelező és (alaptarifával) a kiegészítő biztosításhoz, akiknek az évi jövedelme nem halad meg egy bizonyos rászorultsági szintet. A fekvőbeteg szektorban domináló közösségi kórházügyet központilag, államilag koordinálják és gyakran sürgősségi ambulanciaként működtetik.

A francia rendszerben erősen érvényesül a szolidaritás elve, amely az állami alapbiztosítás (CMU) sajátos rendszerével magyarázható, amely a rászoruló számára díjtalan alapbiztosítást jelent. A kiegészítő biztosítások intézményesítve vannak, de Franciaországban a verseny az egészségbiztosítás területén korlátozott. A fennálló rendszer mindenki számára egyenlő hozzáférést biztosít az ellátási szolgáltatásokhoz. Franciaországban nincs szó a betegpénztárak versengéséről. A

cél az egy kézből vezérelt betegbiztosítási politika, vagyis a központi, állami beavatkozásnak fontos szerepe van. Az ambuláns szolgáltatókkal való szerződéspolitika és a fekvőbeteg szektor szabályozása részben regionalizált; de központilag irányított marad. A verseny a szabadfoglalkozású szolgáltatókra és a kiegészítő biztosítási szektorra korlátozott marad, ami a járulék-szubvencionálással szociálisan szabályozott.

