



Conseil d'administration de la CNAMTS du 8 juin 2004

Déclaration de l'UNAF sur le projet de loi relatif à l'assurance maladie

Le projet de loi relatif à l'assurance maladie contient de nombreuses dispositions. Nous limiterons notre intervention à trois domaines : la gouvernance, l'organisation du système de soins, le financement, avant de conclure sur les conséquences éventuelles de ce projet de loi sur l'organisation générale de la sécurité sociale.

1/ Concernant la **gouvernance**, en affirmant la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique, d'accès aux soins et de fixation d'objectifs de dépenses d'assurance maladie, en renforçant l'exécutif des caisses au détriment du délibératif, le projet de loi s'inscrit plus dans une démarche de déconcentration des responsabilités que dans un processus de délégation de pouvoirs. En cela, il met fin aux nombreux faux-semblants qui prévalaient depuis de plusieurs années sur l'étendue des responsabilités de l'assurance maladie dans le domaine de l'organisation des soins et sur la portée des pouvoirs de gestion des conseils d'administration des caisses.

Désormais axés sur des fonctions d'orientations générales et de suivi des relations avec les assurés sociaux, les nouveaux conseils des caisses maladie devraient avoir une composition plus ouverte que celle des anciens conseils d'administration. Or, le texte du projet de loi est particulièrement obscur et ambigu sur ce point. D'un côté, il maintient la répartition paritaire des représentants des partenaires sociaux, alors que les nouveaux conseils n'auront pas de pouvoir de gestion, et d'un autre côté il se limite à prévoir, sans plus de précisions, la présence de représentants « *des autres acteurs de l'assurance maladie et de la mutualité* ». Puisque ces nouveaux conseils auront à suivre tout particulièrement les relations des caisses avec leurs usagers, soit en déterminant, pour la CNAMTS, les objectifs de qualité de service, soit en délibérant, pour les caisses locales, sur les modalités de traitement des réclamations déposées par les usagers, il nous paraît essentiel que la loi précise la composition de ces conseils et qu'une large place soit faite aux représentants des usagers.

2/ A propos des mesures concernant l'**organisation de l'offre de soins et la maîtrise médicalisée des dépenses de santé**, le contraste est grand entre les dispositions visant à pacifier les relations entre l'assurance maladie et les professions de santé et les contraintes qui vont peser sur les assurés.

Ainsi, les professionnels de santé seront simplement incités à s'installer dans des zones à faible densité médicale. Compte tenu que la répartition géographique des

professionnels de santé constitue un enjeu de santé publique et d'égalité d'accès aux soins, des mesures plus contraignantes auraient pu être envisagées. De même, si les médecins seront tenus de participer à une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité de leur pratique professionnelle, aucune sanction ne semble prévue pour le professionnel qui ne s'inscrirait pas dans cette démarche pourtant essentielle à la qualité des soins. Quant aux médecins qui ne respecteraient pas les références médicales, les nouvelles conventions ne feront plus référence au paiement des cotisations sociales à leur charge ; elles se borneront à évoquer le versement d'une « contribution » dont le montant et les modalités d'application seront par ailleurs précisés dans cette même convention. Enfin, on s'étonnera que parmi les motifs pouvant conduire l'Etat à ne pas approuver une convention le projet de loi supprime celui d'une atteinte à un accès égal aux soins. L'Etat étant garant de l'effectivité de ce principe, il convient de lui laisser la possibilité de s'opposer à une convention qui compromettrait ce principe de base de l'assurance maladie.

A l'inverse, le projet de loi introduit de nouvelles contraintes pesant sur les assurés. Si, dans un objectif de coordination des soins, le passage par le médecin traitant en préalable de toute consultation de médecins spécialistes rencontre notre approbation, nous souhaitons que l'assuré y soit incité par une meilleure prise en charge plutôt que, comme le propose le projet de loi, désincité par un moindre remboursement en cas de recours direct à un spécialiste, celui-ci pouvant, en outre, disposer d'une plus grande liberté tarifaire. Dans ces conditions, le risque est grand de voir co-exister deux filières d'accès aux médecins spécialistes dont l'une, plus rémunératrice, sera mieux prise en compte par ces praticiens.

Concernant les protocoles de soins pour les ALD, le fait d'imposer au patient signataire de communiquer son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation financière est une formalité inutile surtout s'agissant de patients dont un grand nombre sont des personnes âgées. L'assurance maladie disposant, via le médecin conseil, du protocole, il serait plus opérant que la portabilité de ce document soit assurée par ses services. On peut penser, en outre, que la mise en place du dossier médical personnel rendra caduque cette formalité.

S'agissant de la possibilité pour une caisse de suspendre les prescriptions d'arrêts de travail ou de transports sanitaires ou de récupérer des indus sur des prestations à venir, la question se pose de l'adaptation de ces mesures aux assurés de bonne foi. La récupération des indus sur les prochaines prestations peut poser un problème d'accès aux soins pour des familles ayant plusieurs enfants à charge, donc susceptibles de consulter plus souvent. En tout état de cause, la remise d'indus devrait être automatique en cas d'erreurs ou de fautes incombant à la caisse

Enfin, quant à la possibilité pour les caisses de prononcer des pénalités, nous souhaiterions que les voies de recours soient précisées dans la loi (recours amiable devant la CRA ou devant une commission ad hoc constituée notamment de représentants d'usagers, recours juridictionnel et délais) et qu'un suivi de cette mesure soit régulièrement effectué.

Sur le point particulier du dossier médical partagé, s'agissant d'informations concernant l'état de santé des patients, les représentants de ceux-ci devront être associés à sa réalisation, d'autant plus que certaines questions touchant aux droits des patients comme l'accès à ces informations, le droit à les rectifier ou à les supprimer ne sont pas complètement tranchées. Par ailleurs, étant donné le caractère sensible et confidentiel des données contenues

dans le DMP, nous demandons la mise en place d'un comité d'éthique ou de vigilance qui devra faire une large place à la représentation des usagers.

3/ Quant aux **mesures financières**, nous constatons que les ménages en supportent l'essentiel. L'instauration d'une franchise sur les actes ou les consultations constitue bien, comme le forfait hospitalier dont la revalorisation est d'ores et déjà programmée, une mesure d'ajustement financier dont nous contestons la mise en place. Par ailleurs, les modalités d'application font l'objet de critiques de notre part. En particulier, nous souhaiterions que les prestations réalisées dans le cadre de l'assurance maternité, notamment les examens prénataux et postnataux obligatoires, soient exclues du champ d'application de la franchise. Plus généralement, il nous semble que l'application de la franchise devrait être modulée et adaptée en fonctions d'objectifs de santé publique et non pas être considérée comme une mesure de portée générale s'adressant indifféremment à tous les assurés. Sur le régime d'exemption de la franchise, il serait préférable qu'elle soit supprimée pour tous les enfants à charge au sens des prestations familiales (20 ans ou 21 ans) et non pour les seuls enfants mineurs. La présence au sein des familles de jeunes adultes rend nécessaire l'élargissement de cette exemption.

En matière de financement, notre organisation se prononce favorablement pour le recours à la CSG en raison du caractère quasi-universel de son assiette. Nous ne nous opposerons pas à une augmentation du taux qui s'accompagnerait d'une convergence modérée du taux actuellement supporté par les revenus de remplacement, et plus particulièrement les retraites, sous réserve qu'en soient exemptés les revenus les plus modestes.

Concernant le transfert de la dette de l'assurance maladie à la CADES, il nous paraît préférable de recourir à l'étalement limité dans le temps de la dette plutôt qu'à une augmentation de la CRDS. En effet, l'assiette de celle-ci incluant les prestations familiales, l'alourdissement de son taux pénaliserait le pouvoir d'achat des prestations familiales des familles et surtout des familles nombreuses.

En guise de **conclusion**, les mesures proposées pour l'assurance maladie nous interrogent aussi sur l'évolution de la sécurité sociale. En particulier, certaines innovations sont-elles appelées à migrer vers les autres branches ? La gestion de la sécurité sociale échappera-t-elle aux actuels conseils d'administration composés des partenaires sociaux au profit d'un exécutif aux prérogatives renforcées ? D'autres acteurs que les seuls partenaires sociaux participeront-ils à la gouvernance des autres branches ? Enfin, la pluriannualité des lois de financement n'implique-t-elle pas pour nos organismes une gestion plus prospective et plus anticipative impliquant une nouvelle culture de travail et de nouveaux modes de fonctionnement ?