

Loi portant réforme de l'assurance maladie adoptée par l'Assemblée nationale vendredi 30 juillet

Commentaires de la Cgt

Première partie de la loi portant réforme de l'assurance maladie

Dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et
maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Médecin traitant

Obligation à partir de 16 ans de désigner un médecin traitant : il pourra être généraliste, spécialiste (dans certains cas), hospitalier, salarié d'un centre de santé, médecin d'un service social ou médico-social.

Le remboursement de la consultation du spécialiste (sauf pédiatres, gynécologues, ORL) sera soumis au passage préalable chez le médecin traitant.

L'assuré aura à sa charge une participation forfaitaire (fixée à 1 euro pour l'instant) pour chaque acte et consultation, sauf en cas d'hospitalisation ; le niveau de ce forfait sera fixé par l'UNCAM ; le plafond annuel sera fixé par décret.

Un arrêté fixera le montant de la majoration appliquée aux patients consultant un spécialiste hospitalier. Il n'y aura pas de majoration pour les patients inscrits dans un protocole de soins.

Cette majoration ne s'appliquera pas aux consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.

Il est interdit aux organismes d'assurances complémentaires de prendre en charge cet euro pour les actes ou consultations, actes de biologie médicale, urgences non suivies d'une hospitalisation, sauf pour les ayants droit mineurs, les bénéficiaires de la CMU , et les femmes enceintes.

Le régime local Haut-Rhin / Bas-Rhin Moselle ne pourra pas prendre en charge cette majoration.

Dossier médical personnel

Un dossier médical personnel (DMP)est créé, permettant le suivi des actes et prestations de soins.

Chaque médecin consulté est tenu d'y apporter à chaque fois les éléments diagnostiques et thérapeutiques, ainsi que les résumés des soins réalisés à chaque hospitalisation.

L'assuré devra autoriser le médecin à consulter son DMP, sinon son remboursement sera minoré.

Le médecin devra notifier l'accès - ou pas - au DMP pour conditionner le remboursement.

L'ensemble des professionnels de santé sont concernés par le DMP.

L'accès en sera interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une assurance complémentaire de frais de santé ou tout contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé.

Le DMP ne sera pas accessible à la médecine du travail.

Protocole de soins

Pour les patients atteints d'une ALD (affection de longue durée) : un protocole de soins établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil, révisable périodiquement, définit les actes remboursés, à partir des recommandations de la Haute Autorité en Santé.

Ce protocole est révisable en fonction de l'état de santé et des avancées thérapeutiques.

Il est signé par le patient qui est tenu de le présenter à chaque consultation pour être remboursé, sauf en cas d'urgence ; le médecin doit confirmer cette présentation également.

Les contrôles

En cas de demandes de remboursements « indues », professionnels de santé, établissements de santé, employeurs, assurés seront soumis à des pénalités, en fonction de la « gravité » des faits.

Les IJ et les frais de transports pourront être suspendus ou supprimés par décision du directeur de la CPAM après avis du contrôle médical dans le cas où un médecin n'aurait pas reporté les éléments issus de la consultation dans le DMP.

Dans le cas des arrêts de travail, les médecins seront comparés à la moyenne des médecins de même activité dans la même URCAM.

La CPAM informe l'employeur de la suspension des IJ.

Les IJ ne seront maintenues dans le cadre d'une prolongation d'un arrêt de travail que si la prescription est faite par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant (sauf exceptions prévues par décret).

Nouvel article L323-4-1 :

« Au cours de toute interruption de travail dépassant 3 mois, le médecin-conseil, en liaison avec le médecin traitant, peut solliciter le médecin du travail dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. (Rôle de la médecine du travail, acquis des conventions collectives et \ ou des accords de prévoyance ?)

Deuxième partie de la loi portant réforme de l'assurance maladie

Dispositions relatives à l'organisation et au pilotage du système

Création d'une haute autorité de santé

Ses missions :

- évaluer le service attendu et rendu des produits, actes, prestations,
- contribuer par ses avis aux décisions concernant leur prise en charge par l'assurance maladie,
- contribuer à la définition des protocoles de soins.

Les avis ne seront pas rendus comme cela aurait été souhaitable sur la base de critères scientifiques. Ils le seront aussi sur la base de critères économiques.

Sa composition : 8 membres désignés par le Président de la République, ceux de l'Assemblée Nationale et du Sénat, celui du Conseil Economique et Social. Leur indépendance est donc loin d'être assurée.

Préparation du PLFSS

Les Caisses proposeront chaque année leur budget au Ministre. Cette proposition sera préalablement soumise à un Conseil de Surveillance.

Un Comité d'alerte est mis en place pour « alerter » les caisses ainsi que l'Etat en cas d'évolution des dépenses incompatibles avec l'objectif national voté par le Parlement.

Dans le cas d'un dépassement significatif de cet objectif qui ne peut excéder 1 %, les Caisses devront proposer des mesures de redressement.

Alors qu'elles ne peuvent intervenir sur les recettes, elles auront donc l'obligation d'agir pour maîtriser les dépenses dans un cadre pluriannuel s'imposant à elles, défini par le Parlement.

Périmètre remboursable et taux de remboursement

Toute proposition d'inscription, de radiation ou de modification des conditions d'inscription au remboursement d'un acte ou d'une prestation est décidée par l'UNCAM* après avis de la Haute Autorité de Santé et avis de l'Union Nationale des Organismes complémentaires. Les décisions de l'UNCAM sont réputées approuvées, sauf opposition motivée du Ministre.

Dans les faits, c'est l'UNCAM qui décidera du périmètre remboursable ; ce n'est donc plus l'Etat garant de la politique de santé comme le demandait la CGT.

Le Ministre peut cependant décider l'inscription ou la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique après avoir demandé l'avis de la Haute Autorité de Santé.

Le taux de remboursement est décidé par l'UNCAM entre un seuil et un plafond décidé par l'Etat.

Comité économique des produits de santé

Sa mission : émettre un avis sur le prix des médicaments.

Il lui est attribué des pouvoirs décisionnels.

L'Assurance Maladie sera mieux représentée en son sein.

Création d'un conseil de l'hospitalisation

Ses missions :

Contribuer par ses recommandations à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses de l'Assurance Maladie relatives aux frais d'hospitalisation.

Donner un avis sur les orientations de la politique salariale et statutaire des personnels des hôpitaux et sur leurs conséquences financières.

Donner un avis sur les projets de textes réglementaires fixant de nouvelles normes de sécurité sanitaire applicables aux établissements de santé.

Sa composition : elle sera déterminée par arrêté.

Le Conseil de l'Hospitalisation peut redonner à l'Assurance Maladie une certaine maîtrise sur l'hôpital mais il est à craindre qu'il soit utilisé comme un outil de maîtrise comptable.

Convention médicale

L'accord cadre et les accords conventionnels interprofessionnels seront négociés entre l'UNCAM et les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé libéraux.

Celles-ci disposeront d'un droit d'opposition en cas de désaccord.

Le Ministre disposera de 21 jours pour faire connaître son éventuel opposition à un accord signé. Elle ne peut être motivée que par des raisons de santé publique.

En cas d'impossibilité d'aboutir à un accord conventionnel, un arbitre sera désigné par l'UNCAM et au moins une organisation. Il établira un règlement dit arbitral valable au maximum 5 ans. S'ils ne peuvent se mettre d'accord sur l'identité de l'arbitre, ce dernier sera désigné par le président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

La signature d'une nouvelle convention annulera un règlement arbitral.

Des dispositions d'aide à l'installation de médecins dans les zones prioritaires sont prévues.

Les unions régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) pourront conclure des contrats avec des professionnels de santé libéraux dans le but de les inciter à un exercice regroupé dans les zones où est constaté un déficit de l'offre de soins.

L'article 30 bis « invite » les organisations syndicales de salariés et d'employeurs à soumettre au Parlement et au Gouvernement des propositions de réforme de la gouvernance de la branche AT-MP dans un délai de un an et le cas échéant d'évolution des conditions de prévention, réparation, tarification des accidents du travail et maladies professionnelles.

On peut craindre que cet article résultant d'un amendement voté lors du débat parlementaire vise à répondre à la demande du patronat d'extraire la branche AT-MP de la gestion de l'Assurance Maladie.

Création de l'Union Nationale des Caisses d'assurance maladie

Elle regroupe la CNAMTS, la CANAM, la MSA.

Elle est dotée d'un conseil et d'un directeur général.

Le conseil est composé de :

- 12 membres désignés par la CNAMTS en son sein,
- 3 de la CANAM
- 3 de la MSA.

Un collège de directeur est mis en place constitué des directeurs généraux de la CNAMTS, la CANAM, la MSA.

Le directeur général de la CNAMTS assure les fonctions de directeur général de l'UNCAM et dispose de 2 voix.

L'UNCAM aura pour fonction de :

- négocier les accords avec les professionnels de santé,
- faire des propositions en matière de remboursement,
- fixer le forfait non remboursable par acte médical,
- examiner le budget annuel de gestion administrative et les projets de lois et de décrets transmis par le Ministre,
- assurer les relations avec l' Union des complémentaires.

Création de l' Union des Complémentaires

Elle est composée des mutuelles, institutions de prévoyance, assurances privées.

Elle est dotée d'un Conseil.

Elle a principalement deux fonctions :

- Emettre des avis sur les propositions de l' UNCAM sur le périmètre remboursable et le taux de remboursement,
- Examiner en commun avec l' UNCAM tous les ans leurs programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé et décider d'actions communes en matière de gestion du risque.

Le renforcement du rôle attribué aux organismes complémentaires intervient dans le cadre d'un recul de la couverture sociale assurée par le régime obligatoire de Sécurité sociale dont les fondements sont remis en cause.

Création d'une aide aux complémentaires

Pourront bénéficier de cette aide pour acquérir une couverture sociale complémentaire, les personnes dont les ressources sont situées entre le plafond de la CMU et le plafond de la CMU + 15 %.

Le montant de l'aide sera de 150 € pour les personnes âgées de 25 à 59 ans, 75 € pour les moins de 25 ans, 250 € pour les 60 ans et plus.

Pour bénéficier de cette aide, les organismes complémentaires auxquels adhéreront les personnes ne devront pas prendre en charge la franchise de 1 euro, les dépassements liés à la consultation directe d'un spécialiste, ou le reste à charge dû à la non présentation du dossier médical.

La CGT a été critique sur le niveau de l'aide et a dénoncé son financement et donc celui des assureurs privés par la Sécurité sociale.

Création de l' Union des Professionnels de Santé

Elle regroupera des représentants de l'ensemble des professions de santé.

Sa composition sera fixée par décret au Conseil d'Etat.

Sa mission :

- émettre des avis sur les propositions des caisses d'assurance maladie en matière d'équilibre financier,
- examiner avec l'UNCAM et l'Union des Complémentaires un programme annuel de concertation.

-

Création d'un Institut National de Données de Santé

Sa mission est de centraliser les données de santé pour assurer la cohérence et veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie.

Ce dispositif soulève de nombreuses interrogations, notamment face à l'insistance des complémentaires pour cogérer le système. Le texte de loi ne précise pas par qui ni comment l'institut va être géré.

L'échelon régional

Les prérogatives des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) sont renforcées.

Leur mission :

- établir un programme régional commun à l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie,
- impulser les dispositifs de coordination des soins et la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé.

Leurs conseils sont constitués aux 2/3 des représentants des CPAM sur une base paritaire, 1/3 de représentants des caisses de non salariés.

Le Conseil fixe les orientations ; le directeur assure la direction effective de l'URCAM.

Le budget de gestion et d'intervention est approuvé par le Conseil. Le directeur de l'URCAM conclut avec celui de l'UNCAM un contrat pluriannuel de gestion inter-régime qui décline au plan régional les objectifs quantifiés d'amélioration du système de soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage.

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

- la politique d'installation des médecins,
- l'organisation de la permanence des soins qui, cependant, reste de la compétence du préfet,
- le rapprochement médecine de ville / hôpital.

La logique d'étatisation est ainsi confortée par l'organisation régionale, les pouvoirs étant concentrés entre les mains des directeurs de l'URCAM et de l'ARH qui signent les diverses conventions qui servent de cadre à l'action régionale.

Troisième partie de la loi portant réforme de l'assurance maladie

Dispositions relatives au financement de l'assurance maladie

La partie du projet de loi consacrée au volet « financement » de la réforme a peu évolué par rapport au projet de loi adopté en Conseil des ministres.

Compensation des pertes de recettes de la Sécurité sociale

A l'avenir, toutes les exonérations de cotisations sociales seront compensées par le budget de l'Etat. Cette compensation s'étend non seulement aux organismes de Sécurité sociale, mais aussi à ceux qui concourent à son financement (comme le fonds de solidarité vieillesse) ou les organismes de gestion de la dette (la CADES gérée par la CDC qui assure le remboursement de la dette).

En sens inverse, les pertes de recettes pour le budget de l'Etat bénéficiant à la Sécurité sociale seront également compensés par cette dernière. C'est le cas du crédit d'impôt pour l'acquisition d'une couverture complémentaire.

Si poser le principe d'une compensation intégrale des exonérations va dans le bon sens, cette mesure ne vaut que pour l'avenir, donc ne règle pas le problème des exonérations actuellement non compensées (2 Mds € par an).

Par ailleurs, la disposition qui prévoit que les concours fiscaux bénéficiant à la Sécurité sociale seront également compensés par cette dernière donne lieu à une application scandaleuse dès cette loi. L'action sociale de l'assurance maladie servira à financer le crédit

d'impôt pour l'acquisition d'une couverture complémentaire, donc les cotisations des assurés sociaux financeront indirectement les assurances privées.

Enfin, les taxes sur les tabacs retourneront à la sécurité sociale à hauteur d'1 Md € (le détournement par le budget de l'Etat des taxes sur les tabacs pour financer les 35 h représente environ 7 Mds €).

Lutte contre le travail dissimulé

Le projet de loi renforce les moyens de lutte des agents des URSSAF et des impôts contre le travail dissimulé, ce qui est plutôt une bonne chose.

CSG

Le débat parlementaire n'a pas substantiellement modifié les dispositions concernant la CSG. L'assiette de la CSG sur les revenus d'activité passera de 95% à 97% des revenus, ce qui correspond à une hausse de son taux de près de 0,1%.

La CSG sur les pensions de retraite passera de 6,2% à 6,6%, ce qui provoquera une baisse du pouvoir d'achat des retraites.

Taxe sur les laboratoires pharmaceutiques

Une taxe sera acquittée par les laboratoires pharmaceutiques sur leur chiffre d'affaires au taux de 0,6% (proposition du Sénat).

C3S

Une taxe additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés, qui sert actuellement principalement à financer le déficit des régimes de non salariés (CANAM, MSA, ORGANIC, CANCAVA), assise sur le chiffre d'affaires, sera acquittée par les entreprises. Les plus petites entreprises (chiffre d'affaires inférieur à 760 000€) en seront exonérées. Le produit devrait être de l'ordre de 800 M€. C'est le seul « effort » demandé aux employeurs (à comparer aux 20 Mds € d'exonérations annuelles dont bénéficient les entreprises).

Dettes de la Sécu

Malgré les demandes de sa majorité parlementaire, le gouvernement a écarté une hausse de 0,15% (de 0,5% à 0,65%) du taux de la CRDS (dont les effets auraient été identiques pour les ménages à celle de la CSG).

Le texte initial, qui prévoit le maintien de la CADES (structure gérée par la Caisse des dépôts qui assure la gestion de la dette de la Sécu) jusqu'à l'extinction de cette dette, n'a pas été modifié.

Le déficit de la Sécurité sociale (actuellement porté par l'ACOSS et financé par la Caisse des dépôts) sera donc transféré à la CADES à hauteur de 10 Mds € au 1^{er} septembre 2004, et 25 Mds € au maximum au 31 décembre ; la dette de la Sécu portée par la CADES sera alors de plus de 60 Mds € (400 Mds F). Les déficits 2005 et 2006 seront également transférés à la CADES.

D'après les calculs de la CADES, cette dette ne sera pas remboursée avant 2023 ou 2024.

En revanche, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que les excédents éventuels de l'assurance maladie seront affectés par priorité à l'amortissement de la dette.

*

Comme la CGT l'affirme depuis longtemps, cette réforme n'est pas financée, du fait du refus gouvernemental de s'engager dans la réforme ambitieuse du financement dont nous avons besoin.

Les problèmes de déficit se reposeront très rapidement, ce qui risque de contribuer à aggraver la logique de déremboursement et de transfert sur les assurés sociaux de la réforme.

* UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie regroupant la CNAMTS, la CANAM, la MSA