

Le 14 novembre 2014

Marisol Touraine, ministre des Affaires Sociales, de la Santé et des Droits des femmes a présenté le projet de loi de santé, le 15 octobre dernier, en Conseil des ministres. Ce projet de loi sera débattu à l'Assemblée Nationale au début de l'année 2015. La loi Santé s'articule autour de 3 axes : prévenir avant d'avoir à guérir, faciliter la santé au quotidien et innover pour consolider l'excellence de notre système de santé.

Pour l'Association des Directeurs de Caisses d'Assurance Maladie (ADCAM), ce projet comporte de nombreux points positifs comme le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé, la lutte contre les refus de soins, la mise en place de tarifs plafonds pour les assurés bénéficiaires de l'ACS, la mise en œuvre effective du dossier médical partagé ou encore le renforcement des outils d'information à destination des professionnels de santé.

La volonté de simplifier et d'harmoniser les règles dans différents domaines est également une priorité que soutient notre association.

Pour autant, d'autres orientations ne sont pas sans interroger l'ADCAM.

A ce stade du projet, le nouveau dispositif de gouvernance proposé renforcerait sensiblement le rôle de l'Etat dans la gestion du système de soins. Ainsi le contrat Etat/UNCAM serait remplacé par un plan national établi pour 2 ans, validé par le Comité National de Pilotage (CNP) des ARS et décliné au niveau régional par les ARS.

Une évolution qui serait le gage d'une plus grande efficacité et cohérence dans le développement et la mise en œuvre de la gestion du risque.

Un parti pris qui peut interpeller sur la place réservée à l'Assurance Maladie et l'appréciation de son efficacité. Doit-on rappeler que l'ONDAM a été totalement maîtrisé depuis 4 ans ? Que l'action de l'Assurance Maladie a permis de décélérer le rythme de croissance, tout particulièrement pour les soins de ville, à un niveau sans précédent ? Que la plupart des propositions de l'Assurance Maladie ont été retenues par les Pouvoirs Publics à l'occasion de son rapport annuel "charges et produits" ? Quoi qu'il en soit et quel que soit le mode de gouvernance retenu, la plus grande vigilance doit être maintenue pour préserver la portée, la réactivité et l'effectivité des actions de gestion du risque de l'Assurance Maladie sur tout le territoire. La maîtrise de l'ONDAM à un niveau de 2 % est à ce prix !

Le rôle prééminent des ARS dans la politique de gestion du risque pose d'autres questions. Comme le souligne l'IGAS, *"est laissé aux ARS le soin de concilier des objectifs potentiellement divergents et d'arbitrer entre diverses contraintes : réguler de manière neutre la concurrence entre établissements ou promouvoir le retour à l'équilibre budgétaire des hôpitaux publics... De ce fait, le régulateur est interpellé quant à sa neutralité et aux outils utilisés pour la garantir"* (extrait du rapport de l'IGAS 2012 sur l'hôpital). Une posture délicate que confirme la mission MAP relative à la chirurgie ambulatoire. Cette étude réalisée par les Inspections Générales des Finances et des Affaires Sociales, révèle que les cibles de chirurgie ambulatoire des ARS affichées dans les SROS, sont en contradiction avec l'objectif d'une pratique majoritaire à l'horizon 2016.

La loi Santé prévoit une plus forte territorialisation de la politique conventionnelle. Des contrats types nationaux devraient définir les modalités d'adaptation des mesures conventionnelles sur le plan régional. Les directeurs d'ARS seraient chargés d'arrêter les contrats types régionaux. Une disposition qui facilite, a priori, l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins aux besoins et aux réalités locales. Orientation louable sous réserve qu'elle

n'aggrave pas les disparités de traitement déjà existantes sur le territoire qu'il s'agisse de niveau ou de qualité de prise en charge des assurés sociaux.

Pour dire les choses autrement, doit-on privilégier le modèle d'offre de soins des Pays de la Loire avec une consommation unitaire de soins de 2 201 euros ou celui de la région PACA Corse avec une consommation unitaire de 2 928 euros ? Rapporté à l'ONDAM, la différence n'est pas neutre avec un écart de près de 47 milliards d'euros¹ !

Par ailleurs, cette nouvelle prérogative confiée aux directeurs d'ARS fait l'impasse sur le rôle des partenaires sociaux et celui de la société civile présents au sein des conseils des CPAM. Un oubli d'autant plus regrettable que ces derniers ont su accompagner et soutenir les projets innovants de l'Assurance Maladie depuis 10 ans, concrétisés notamment par la mise en place de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP), du Contrat d'Accès aux soins (CAS) ou encore des services en santé (PRADO maternité, orthopédie...).

Enfin, ce nouveau dispositif ne doit pas obérer la qualité des relations conventionnelles entretenues depuis une décennie entre les professionnels de santé et l'Assurance Maladie. A l'instar de la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique, elle a permis des avancées significatives dans l'optimisation de la gestion du système de soins. Un climat de confiance qu'il convient de préserver en prenant en compte les réserves des professionnels de santé sur ce sujet et leur implication actuelle dans les commissions paritaires locales et régionales de l'Assurance Maladie.

La création d'un service public territorial de santé constitue une autre orientation forte du projet de loi. Sa mise en œuvre repose sur les principes suivants : l'établissement d'un diagnostic territorial, l'accompagnement dans le cadre d'une contractualisation avec l'ensemble des acteurs de santé concernés (création de contrats territoriaux de santé) et la mise en place d'organisations susceptibles de fluidifier le parcours des patients notamment ceux atteints de pathologies chroniques. Une volonté de structurer le parcours de soins que ne peut que rejoindre l'ADCAM quand l'on connaît les enjeux associés en termes de santé publique et de dépenses de soins. Pour réussir, nous semble-t-il, cette démarche doit rester très opérationnelle et très pragmatique, tout en proposant de nouveaux outils innovants.

Demeure toutefois la question de l'articulation du service territorial de santé avec les programmes de gestion du risque conçus et développés avec succès par l'Assurance Maladie pour accompagner les sorties d'hospitalisation et conforter l'essor de la chirurgie ambulatoire (PRADO orthopédie, BPCE, Asthme, Cardio-vasculaire...). Là encore, il serait regrettable de se priver de l'expertise et de la capacité d'intervention de l'Assurance Maladie. Une contribution nationale, source d'économie d'échelle, qu'il convient de ne pas négliger dans le contexte de contrainte budgétaire que nous connaissons.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'ADCAM appelle à la plus grande vigilance sur certaines dispositions de la loi Santé. Tout en reconnaissant des avancées intéressantes, notre association souhaite que soit clarifiée la place de l'Assurance Maladie dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé. Sa capacité à réguler les dépenses de santé tout en préservant la qualité et l'accès aux soins est bien réelle. N'oublions pas l'essentiel. L'ONDAM représente 12 % du PIB. Maîtriser l'ONDAM, ne peut se faire sans une Assurance Maladie en responsabilité et avec une capacité d'intervention confortée !

Jean-Claude Barbot,
Président de l'ADCAM

Contact :
Jean-Claude Barbot : 06 45 80 31 45
02 51 44 17 00

¹ Consommation unitaire issue des données de la CNAMTS. Elle correspond aux dépenses de soins de ville et des établissements de santé rapportée à la population protégée.