

# Note de synthèse de la loi portant réforme de l'assurance-maladie

Expertise

dimanche 16 janvier 2005, par [Webmestre FSU](#)

- **Source du document : [Fédération Syndicale Unitaire](#)**  
**Auteur : Webmestre FSU**

Cette note de synthèse émanant de la Fédération Syndicale Unitaire (FSU) fait partie d'un dossier intitulé Santé et Protection Sociale, et passe en revue les principaux points de la réforme de l'Assurance Maladie (publié le 23 août 2004)

La loi a été votée le 30 Juillet 2004. Les amendements votés ont essentiellement visé à préciser les dispositions prévues dans le projet, qui n'a pas été modifié sur le fond. Les critiques que nous avons faites à partir du projet de loi restent donc valables. ( cf note FSU à l'adresse des parlementaires). Certains articles devront faire l'objet de décrets et d'arrêtés, pour la plupart avant la fin de l'année 2004. A l'automne sera discuté le projet de loi organique de sécurité sociale.

## **Première partie : dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et maîtrise médicalisée des dépenses de santé**

### **Le médecin traitant (le parcours de soins)**

Désignation d'un médecin traitant (généraliste, hospitalier, salarié d'un centre de santé, médecin d'un service social ou médico-social, spécialiste dans certains cas) à partir de 16 ans. Le passage chez le médecin traitant conditionne les niveaux de prise en charge : le montant de la majoration appliquée aux patients consultant directement un spécialiste, (à l'exception du pédiatre, gynécologue, ophtalmologiste) ou n'ayant pas effectué le choix du médecin traitant, sera fixé par arrêté. Les spécialistes pourront effectuer des dépassements d'honoraires. Cette majoration ne pourra s'appliquer aux consultations et actes réalisés en urgence, ou en cas d'éloignement géographique, ni aux consultations et actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers. La majoration ne s'applique pas aux patients inscrits dans un protocole de soins. Le régime local d'Alsace -Moselle ne pourra pas prendre en charge la majoration.

Pour chaque acte et chaque consultation (même à l'hôpital si elle n'est pas suivie d'une hospitalisation), le patient, sauf les mineurs, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU, garde à sa charge une participation forfaitaire, qui sera fixée par décret, pour l'instant à 1 euro. Le montant sera ultérieurement fixé par L'UNCAM. La participation sera plafonnée « à un nombre maximum de participations forfaitaires » annuelles, fixé par décret. Les assurances complémentaires sont incitées à ne pas prendre en charge cette franchise, (mise en œuvre d'un cahier des charges).

## **Le dossier médical personnel (DMP)**

Le DMP, créé d'ici au 1er Juillet 2007. Il doit permettre le suivi des actes et prestations de soins. Chaque médecin doit y inscrire les éléments de diagnostic et thérapeutiques, et les résumés d'hospitalisation. Le patient doit autoriser le médecin à consulter le DMP ; mais s'il s'y oppose, le remboursement des actes et prestations pourra être minoré en conséquence, et le médecin devra le notifier. Un décret fixera le niveau de prise en charge dans ce cas. Tous les professionnels de santé sont concernés. Mais l'accès au DMP est interdit « même avec l'accord de la personne concernée » 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 non plus accessible à la médecine du travail.

## **Le protocole de soins**

Encadrement renforcé pour les ALD (affection longue durée) : un protocole de soins, établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil définit les actes remboursés pour les patients atteints d'une ALD, à partir des recommandations de la Haute Autorité en santé. Il est révisable périodiquement en fonction de l'état du patient et des progrès thérapeutiques. Ce protocole doit être signé par le patient qui est tenu de le présenter à chaque consultation pour être remboursé. Le contrôle médical Renforcement des contrôles sur les prescriptions, les prestations, les arrêts de travail. Si des demandes de remboursement sont estimées « indues », les professionnels de santé, employeurs et assurés seront soumis à des pénalités. Ainsi, les indemnités journalières, le remboursement des frais de transports pourraient être suspendus ou supprimés, (décision du directeur de la CNAM). Les médecins seront comparés à la moyenne de leur URCAM, pour les arrêts de travail. Les indemnités journalières ne seront maintenues pour une prolongation que si la prescription est faite par le médecin initial ou le médecin traitant. La CPAM doit informer l'employeur de la suspension des indemnités journalières Carte électronique d'assurance maladie (carte Vitale) Les médecins pourront accéder aux informations inscrites dans cette carte (actes, produits prestations). Une photographie devrait y être apposée à partir de 2006, pour « éviter les fraudes ».

## **2eme partie : dispositions relatives à l'organisation de l'assurance-maladie**

La Haute Autorité de santé Elle sera composée de 8 membres désignés par le président de la république, de l'assemblée nationale, du sénat, du Conseil Economique et social. Elle aura une mission d'évaluation (produits, actes, prestations), de contribution à la définition des protocoles de soins, de contribution aux décisions de prise en charge par l'assurance maladie par les avis qu'elle rendra. Ceux-ci ne seront pas seulement établis sur des critères scientifiques, mais prendront en compte également les critères économiques.

Le comité d'alerte Les caisses proposeront un budget au ministre de la Santé et au Parlement, après l'avoir soumis au conseil de surveillance. Un comité d'alerte sera chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses s'il y a risque que l'évolution des dépenses soit supérieure à l'ONDAM, (ampleur fixée par décret) Dans ce cas, les caisses devront proposer des mesures de « redressement ». Mais elles ne peuvent agir que sur les dépenses, et non sur les recettes. Les compétences des organismes d'assurance -maladie en matière de remboursement des produits actes ou prestations de santé remboursables

Toute modification, inscription ou radiation est décidée par l'UNCAM, qui recueille au préalable l'avis de la Haute Autorité et celui de l'Union des organismes complémentaires.

C'est donc l'Uncam qui décide du périmètre remboursable et non plus l'Etat. L'UNCAM décide du taux de remboursement, mais dans une fourchette décidée par l'Etat. Les décisions de l'Uncam sont réputées approuvées, sauf en cas d'opposition motivée des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Le comité économique des produits de santé Décide des prix des produits de santé (médicaments) sauf opposition motivée des ministres, qui arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité. L'assurance -maladie sera représentée dans le comité qui comprendra également des représentants de l'Etat et un représentant des complémentaires. Le président et le vice -présidents sont choisis par l'Etat en fonction de leur compétence en matière d'économie de la santé.

Le conseil de l'hospitalisation Il doit contribuer à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé et au suivi des objectifs de dépenses relatives aux frais d'hospitalisation ; avis sur la politique salariale et statutaire des hôpitaux ; avis sur les projets de textes (normes sanitaires des établissements de santé. La composition sera fixée par un arrêté. Le comité de la démographie médicale Sa composition et les modalités de fonctionnement seront fixées par décret. Le dispositif conventionnel L'UNCAM et les organisations syndicales de professionnels de santé négocient l'accord cadre et les conventions. Le ministre dispose de 21 jours pour s'y opposer (pour des raisons de santé publique). S'il n'y a pas d'accord, un arbitre est désigné, il établit un règlement « arbitral » pour 5 ans. Les organisations syndicales de salariés et d'employeurs sont invitées à faire des propositions de réforme de la branche AT- MP dans un délai d'un an. Des dispositifs d'aide à l'installation dans les zones prioritaires, ou déficitaires, sont prévus. La CNAM Elle est dotée d'un conseil paritaire composé de représentants des salariés et des employeurs, qui doit définir les orientations de la politique d'assurance maladie, et d'un directeur général . L'Union nationale des caisses d'assurance-maladie

Elle regroupe la CNAMTS, la CANAM, la MSA. Elle est dotée d'un conseil composé de 18 membres (12 désignés par la CNAMTS en son sein, 3 de la CANAM et 3 de la MSA), et d'un directeur général, (directeur de la CNAM) nommé par décret pour 5 ans ( sauf opposition à la majorité des 2/3 du conseil). Le directeur dirige l'établissement, a autorité sur les réseau des caisses régionales et locales, négocie et signe les conventions d'objectifs, prend les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le parlement... Il prépare les orientations et les budgets, met en œuvre les orientations fixées par le conseil et le tient informé. Son rôle est donc considérable. L'Union des organismes d'assurance maladie complémentaires Elle est composée des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assurances privées. Elle émet un avis sur les propositions de l'Uncam en matière de périmètre remboursable et de taux de remboursement. Elle examine avec l'Uncam les programmes annuels de négociation avec les professionnels de santé, elle peut décider avec l'Uncam d'actions communes (gestion du risque). L'Union Nationale des professionnels de santé Composition fixée par décret au conseil d'état .Elle donne un avis sur les propositions des caisses, travaille à établir un programme de concertation avec l'Uncam et l'union des complémentaires L'Institut national de données Centralise les données dans un objectif de cohérence. Modalités de gestion non déterminées

### **L'aide à l'acquisition d'une complémentaire**

Elle concerne les personnes dont les ressources se situent entre le plafond de la CMU et celui-ci + 15%. Le montant est fixé à 75 euros pour les moins de 25 ans, 150 euros de 25 à 59 ans et 250 euros pour les plus de 60 ans. Ces montants sont inférieurs aux coûts des contrats moyens. Le contenu des contrats complémentaires bénéficiant de cette aide doit prévoir

d'exclure la prise en charge de la franchise, les dépassements d'honoraires liés à la consultation directe d'un spécialiste ou les restes à charge pour non-présentation de dossier médical. (cahier des charges) L'organisation régionale. Les URCAM voient leurs prérogatives renforcées. Le directeur de l'Urcam et celui de l'ARH concentrent l'essentiel des pouvoirs. Ils signent les conventions sur la politique d'installation des médecins, l'organisation de la permanence des soins, et la complémentarité médecine de ville/hôpital...

### **3eme partie : dispositions relatives au financement de l'assurance -maladie**

Ces mesures devraient rapporter 4,2 milliards d'euros, qui s'ajoutent aux 11 milliards d'économies espérées par le gouvernement pour 2007, estimations contestées par une note de Bercy en Juin dernier. A partir du 1er janvier 2005 : Elargissement de l'assiette de la CSG (de 95 à 97%) sur les salariés. Taux inchangé. Hausse du taux de la CSG de 0,4% ( 6,2 à 6,6%) pour les retraités imposables. Hausse de 0,7% (7,5 à 8,2%) sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement, de 2% sur les jeux. (7,5 à 9,5%) Imposition additionnelle à la Contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), assise sur le chiffre d'affaires, au taux de 0,03%. (mais exonération des entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 760 000 euros). Taxe sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (0,6%) Compensation intégrale par le budget de l'Etat des réductions et exonérations de cotisations sociales (mais elle n'est pas rétroactive). Reprise de la dette de la sécurité sociale par la CADES. Celle -ci est alimentée par la CRDS, dont l'assiette est modifiée comme celle de la CSG (95 à 97%), et dont la durée est prolongée jusqu'à extinction de la dette (probablement pas avant 2023). Affectation des droits sur le tabac (1 milliard d'euros) à l'assurance -maladie) Lutte contre le travail dissimulé par un contrôle accru Le financement de l'aide aux complémentaires se fera par redéploiement de crédits d' action sanitaire et sociale de l'assurance -maladie !

## **[Répondre à cet article](#)**

**Les articles publiés sur DDN ne reflètent que l'opinion de leur auteur et en aucun cas celle du site ([voir la charte éditoriale](#))**