

Introduction

Depuis la rencontre avec les professionnels de santé du 25 janvier 2001, la mission de concertation a reçu l'ensemble des acteurs de notre système de soins. Conformément au souhait formulé dans la lettre de mission de Madame la ministre de l'emploi et de la solidarité, les propositions qui suivent tentent de dégager un diagnostic partagé et résultent largement de projets formulés par les professionnels, lesquels ont nourri la réflexion de la mission en mettant à sa disposition de nombreux documents de travail.

La nécessité d'une vision globale sur notre système de santé a guidé la réflexion de la mission. L'organisation des soins doit tenir compte de la dimension collective de la prise en charge des patients qui fait intervenir plusieurs professions, de la demande croissante des patients d'être des acteurs de leur santé et des difficultés des acteurs du système de soins à coordonner leur action. Il convient de traiter des aspects économiques tout en proposant des mesures propres à renouer le dialogue avec les professions médicales, dans un contexte où très souvent les instruments législatifs et réglementaires existent.

Au-delà des seuls soins de ville, la mission a été inévitablement appelée à examiner des sujets d'une ampleur plus vaste. Le statut de l'assurance maladie, les missions de l'hôpital ou la représentation des professionnels de santé : autant de thèmes centraux pour la réflexion mais qui disposent de leurs agendas propres. Il a paru vain à la mission de formuler des propositions sur des thèmes trop globaux ; elle a avant tout souhaité faciliter la traduction de certains des diagnostics posés préalablement en mesures plus concrètes.

Aussi, si elle souligne le cas échéant les options ou les problèmes, la mission a-t-elle préféré doter de bases plus sûres le cadre existant. A cette fin, elle a essayé de définir des propositions concrètes respectant les principes fondamentaux que sont le maintien d'un financement socialisé et la liberté de prescription.

Au fur et à mesure de ses auditions, elle a acquis la conviction qu'il n'était pas de réforme possible sans que ses axes principaux soient partagés par les professionnels. Les mesures ressenties par les professionnels comme autant de sanctions n'ont pas fait la preuve de leur efficacité et pénalisent durablement les relations conventionnelles. Aussi la mission a-t-elle privilégié des mesures incitatives plutôt que pénalisantes.

En dépit du scepticisme des personnes auditionnées sur la possibilité de réformer notre système de soins à proximité d'élections majeures, des améliorations sont possibles et réalistes. Les instruments législatifs et réglementaires ont beaucoup évolué et permettent dans la plupart des cas de mener à bien des changements structurels. Leur manquent trop souvent un « moteur », une volonté commune de faire.

Spécialistes, généralistes et paramédicaux : des articulations à redéfinir

Dans un contexte d'interdépendance accrue, les rôles respectifs des différentes professions dans l'organisation des soins doivent être mieux définis, notamment par la constitution de référentiels métiers et l'approfondissement des perspectives que peut offrir une substitution des rôles entre les différentes professions.

Il apparaît en effet que le contour des tâches effectivement assurées par les professionnels n'est ni identique dans tous les pays, ni stable au cours du temps. En France même, les études existant sur le sujet montrent que le contenu du métier exercé par certaines professions varie considérablement d'une zone géographique à l'autre. Cette variabilité est notamment fonction de la densité de professionnels installés à proximité, que ceux-ci exercent le même métier ou un métier proche, susceptible de donner lieu à substitution.

Des substitutions peuvent par exemple s'observer entre médecins généralistes et infirmiers ou encore entre généralistes et certains spécialistes (gynécologues, pédiatres, gérontologues...), et pourraient à l'avenir s'établir par exemple entre ophtalmologistes, orthoptistes et opticiens / optométristes.

S'agissant des seuls médecins, la France présente une double originalité : elle compte autant de généralistes que de spécialistes et les médecins spécialistes y sont installés en ville dans une proportion plus importante que dans les autres pays. Comme le notait déjà le groupe de prospective Santé 2010 (2) : « les patients peuvent accéder directement à la consultation des spécialistes, contrairement à la situation qui prévaut dans certains systèmes étrangers où un filtrage direct ou indirect (remboursement conditionnel) existe. Dans bien des cas, en France, la fonction de suivi régulier des patients se trouve transférée sur les spécialistes installés en secteur libéral ».

Aussi, les fonctions du médecin généraliste et son positionnement par rapport aux spécialistes et aux professions paramédicales doivent-ils être précisés. Qu'il soit appelé référent, pivot, coordonnateur ou médecin de famille, **un large consensus se dégage pour assigner au généraliste une place privilégiée dans la coordination des soins et l'orientation du patient.** Cette fonction doit être reconnue et valorisée : un rapprochement progressif des revenus entre généralistes et spécialistes est souhaitable. Il pourrait être obtenu d'une part par un accroissement de la valeur de la consultation du généraliste, aujourd'hui insuffisante, et d'autre part par la mise en place de mécanismes forfaitaires rétribuant des engagements qualité ou des activités d'intérêt général, auxquels les généralistes, en proportion supérieure aux spécialistes, sont susceptibles d'adhérer. La part respective de l'un et l'autre de ces outils d'accroissement des revenus des généralistes devra être laissée à l'appréciation des partenaires conventionnels.

La **création d'un dossier médical de synthèse** peut donner l'occasion de favoriser la coordination entre professionnels et de préciser la définition du rôle de chacun d'entre eux.

Tous les professionnels de santé concernés seraient associés à la constitution et à l'actualisation de ce dossier, pour permettre la circulation des informations nécessaires à la permanence et à la continuité des soins, dans le respect des principes du secret médical. Il est cependant nécessaire qu'une personne soit explicitement chargée de sa tenue et de sa mise à disposition des autres professionnels. La mission s'est interrogée sur la possibilité de réserver ce rôle aux seuls médecins généralistes. S'il existe des cas particuliers à certaines populations où un spécialiste (un pédiatre par exemple) joue le rôle de médecin de référence, le généraliste a cependant davantage de légitimité à le faire dans la plupart des cas. La mission considère qu'il convient, tout en affirmant cette légitimité, de **laisser le patient choisir, en dernier ressort, le médecin qui gèrera son dossier**. Cette gestion pourrait donner lieu à une rémunération forfaitaire annuelle après déclaration par le patient à sa caisse d'assurance maladie du médecin détenteur de son dossier.

A terme, les nouvelles technologies fournissent un nouveau cadre. SESAM-Vitale devrait en particulier incorporer une partie du dossier médical de synthèse. Cependant, à court terme, la co-existence de ce dernier dossier, confié à un médecin choisi, et d'un dossier électronique, partiellement médicalisé, paraît inévitable, notamment en raison des précautions particulières que nécessite la mise sous support informatique de données à caractère médical. En outre, **une cohérence doit être trouvée entre le dossier patient créé par chaque professionnel libéral, le dossier de synthèse tenu par un praticien choisi par l'utilisateur et le volet médical de SESAM-Vitale**, afin que les procédures d'échanges d'informations soient les plus simples possibles et répondent aux exigences de la confidentialité et du secret médical.

La mission estime que ce dossier électronique, qui sera lui en possession du patient qui en contrôlera la constitution, et dont le remplissage serait une composante obligatoire de l'acte pour tous les professionnels, ne peut donner lieu à aucune rémunération spécifique. Tout ce qui a trait à ce dossier, si complexe soit-il, doit être considéré comme inclus dans le tarif de l'acte, y compris la transmission éventuelle des informations aux autres professionnels concernés.

Un observatoire national pour fonder les politiques d'évolution des métiers de santé

Il n'est pas possible de déterminer dans l'absolu le nombre de professionnels de santé nécessaires pour couvrir les besoins de la population, ce nombre variant notamment en fonction du contenu réel de l'activité des professionnels, qui est lui-même déterminé par la présence d'autres professionnels dans leur zone d'exercice et par l'évolution des techniques de soins. Cette redéfinition permanente des frontières entre les professions doit être intégrée dans la planification des effectifs, ce qui conduit la mission à relativiser les discours parfois trop déterministes de certains professionnels de santé sur l'évolution démographique.

La régulation de la démographie est cependant un levier important de structuration de l'offre de soins. Il importe de favoriser l'émergence d'un consensus sur ce sujet. Un **observatoire national de la démographie et des métiers de la santé** pourrait être créé à cet effet. Il serait chargé de susciter des études prospectives sur les besoins en professionnels et sur les substitutions de tâches entre les métiers. Il pourrait également suivre l'évolution des revenus, qui a un lien évident avec ces sujets.

S'il importe que cet observatoire soit permanent, pour assurer dans la durée la coordination et l'orientation des travaux sur la démographie, et placé auprès du ministre chargé de la santé puisqu'il a vocation à préparer les décisions publiques, il doit demeurer une structure souple et légère en personnels. **Son rôle serait d'organiser le partage de données aujourd'hui éparses et d'orienter la politique d'évolution des métiers de santé.** Les études menées devraient notamment permettre d'appréhender les déséquilibres démographiques qui pourraient apparaître dans certaines spécialités ou certaines zones géographiques très précisément ciblées. L'observatoire élaborerait un rapport public annuel qui proposerait aux pouvoirs publics les modalités de politiques d'aide à la reconversion et d'incitation à l'installation les plus adaptées, ainsi que des scénarios, préparés collectivement, pour les choix à opérer en matière de numerus clausus et d'internat.

Sa composition associerait des institutions administratives et médicales (commissariat général du plan, INSEE, DATAR, DGS, DREES, CNAMTS, ordres et office des professions paramédicales), des représentants des professionnels ainsi que des personnalités qualifiées, notamment issues des UFR de médecine. L'observatoire pourrait convenir de programmes d'études avec tout organisme public ou privé, départemental ou régional. Il apparaît également nécessaire, au regard des problèmes traités et des démarches initiées localement, qu'une structure de coordination régionale pilotée par la DRASS lui serve de correspondant.

L'engagement des professionnels dans les politiques de santé : trois axes prioritaires

3.1.1 Acteur principal de la prévention individuelle, le professionnel de santé participe aussi à la prévention collective

La prévention a pour but d'améliorer l'état de santé de la population en évitant que des maladies surviennent ou se développent. Qu'elle soit individuelle ou collective, primaire ou secondaire, la prévention fait partie intégrante de l'activité médicale et, à ce titre, il appartient à chaque professionnel de santé de la mettre en oeuvre dans le cadre de son activité quotidienne et il convient de l'encourager à participer aux actions de prévention collective prévues hors de son cabinet.

Il existe plusieurs formes de prévention, qui répondent à des logiques d'organisation et de financement distinctes :

- La plupart des actes de prévention individuelle, primaire ou secondaire, relèvent de la pratique quotidienne du professionnel libéral et de ses relations normales avec ses patients. Ils ont vocation à être financés dans le cadre de la rémunération à l'acte et sont obligatoirement inclus dans les consultations ou visites. La vraie difficulté est de mieux intégrer cette dimension de conseil dans la pratique quotidienne. La mission juge nécessaire que cette prévention individuelle soit principalement assurée en cabinet, conformément à la préconisation du haut comité de la santé publique ;

- La prévention collective relève aussi en partie, selon la mission, de la responsabilité des professionnels libéraux. La dimension collective de leur pratique restant à ce jour peu développée, il est nécessaire d'imaginer des mécanismes incitatifs encourageant les professionnels, par une rémunération adaptée, à prendre leur part dans ces activités. Des mécanismes de forfait permettraient aux praticiens libéraux de consacrer quelques heures par semaine ou par mois à des actions collectives de prévention en faveur de populations ciblées en prévention primaire (enfants des écoles, personnes à risque, personnes devant prendre leur retraite dans l'année qui suit, etc...) ou en prévention secondaire (éducation thérapeutique de groupes de personnes diabétiques ou asthmatiques par exemple). L'inclusion d'une condition de participation à des actions de prévention collective dans l'engagement conventionnel de bonnes pratiques, que propose de créer la mission (cf. infra), permettrait d'augmenter la part prise par les professionnels libéraux à ce type de prévention. Cette participation devrait néanmoins faire l'objet d'un encadrement adapté (contrôle de l'effectivité des actions de prévention, en particulier si la rémunération prend la forme d'un forfait annuel).

3.1.2 Pour une politique active de coordination des soins : privilégier la souplesse des formules

Un accord se dégage sur l'intérêt de mieux organiser l'activité de soins et le suivi coordonné des patients en ville et lors des passages entre la ville et l'hôpital. Il est bien évident pour l'ensemble des interlocuteurs de la mission que les professionnels exerçant en établissement et ceux qui exercent à titre libéral doivent coordonner leurs différentes interventions entre eux et en faveur du patient, afin de garantir la continuité et la qualité des soins. Tel est l'objectif des réseaux qui se développent actuellement.

Pour autant, les fonctions des réseaux et leur place dans l'architecture même de notre système demandent à être précisées. S'agit-il d'un instrument de restructuration de l'offre de soins, d'un outil de coordination ou d'un cadre pour des échanges de pratiques entre professionnels ? Des non-dits sur les captations de clientèle, la maîtrise de l'orientation des patients et les nouvelles formes de concurrence entre professionnels que peuvent générer les réseaux (qui conduisent de fait à une comparaison de la qualité des prises en charge) ont été perçus par la mission au cours des entretiens qu'elle a menés.

Sous le vocable de réseaux sont identifiés des outils et des procédures bien distincts :

- réseaux dédiés à une pathologie et réseaux constitués au profit d'un bassin de vie ;
- réseaux regroupant uniquement des médecins (il en existe, par exemple, en cancérologie), réseaux regroupant des professionnels libéraux mais relevant de métiers différents ;
- réseaux regroupant des professionnels libéraux et un établissement de santé, lui-même public ou privé ;
- réseaux regroupant des professionnels libéraux et un établissement médico-social.

La mission juge que la création de réseaux à vocation générale (prise en charge d'une population) doit être privilégiée par rapport à une multiplication de réseaux par pathologie qui pourrait être à l'origine de nouveaux cloisonnements et d'une complexité excessive pour les professionnels concernés et les usagers. Une souplesse doit cependant être introduite : certaines pathologies (cancer) ou certaines situations (soins palliatifs) se prêtent particulièrement bien à la mise en réseau de professionnels complémentaires, alors que l'appartenance à une même unité géographique peut être insuffisante pour pousser à la création d'un véritable réseau de professionnels motivés. Il reste que le danger existe d'un foisonnement des réseaux, dont le développement doit être maîtrisé.

Le fonctionnement des réseaux doit reposer sur des chartes formalisant les engagements des professionnels impliqués en termes de coopérations, d'échanges d'informations voire de protocoles standardisés, qui pourraient à terme déboucher sur une accréditation. La mission juge qu'à ce stade de développement des réseaux, un régime d'autorisation administrative n'est pas nécessaire.

Le mode de rémunération, souvent évoqué comme porte d'entrée de la réflexion sur ce thème, ne peut évidemment pas être le même dans ces différentes situations qui se prêtent plus ou moins à la rémunération individualisée de chacun des membres du réseau ou, au contraire, à la rémunération du réseau en tant que tel. La mission observe que la loi a d'ores et déjà habilité les partenaires conventionnels à déterminer des modes de rémunération spécifiques pour les intervenants au sein des réseaux et à déroger à certaines règles (participation de l'assuré, tarifs). Les moyens de l'innovation existent donc ; restent à définir précisément l'objet des réseaux et l'organisation du système de soins vers laquelle évoluer.

Certains réseaux peuvent se prêter à la rémunération à l'acte des professionnels pour l'activité de soins, assortie d'une rémunération forfaitaire au titre de la coordination. S'il s'agit en revanche d'un réseau « intégré », il est possible de lui allouer un budget global, à charge pour les responsables d'en assurer la ventilation entre financement des soins (y compris les rémunérations) et frais de fonctionnement. Ce type de réseau impliquera le paiement à la capitation.

La rémunération du réseau en tant que tel ne peut donc être envisagée que dans le cas d'un réseau très structuré. Elle suppose que soit préalablement créée une entité juridique susceptible de recevoir des fonds, notamment lorsque le réseau est entièrement constitué par des professionnels libéraux, sans participation d'un établissement hospitalier. A défaut de cette structure, la rémunération des coûts

engendrés par la coordination des acteurs pose certaines difficultés : il faut déterminer qui est le destinataire des fonds, et, s'il s'agit des professionnels eux-mêmes, s'assurer de l'effectivité de cette coordination. En tout état de cause, la situation actuelle où les concepteurs du réseau sont contraints chaque année de frapper à toutes les portes (Etat, collectivités locales, fonds d'aide à la qualité des soins de ville...) pour trouver des financements n'est pas tenable à terme : un financement globalisé ou au moins pluriannuel devra être recherché pour les réseaux qui ont fait la preuve de leur qualité.

Par ailleurs, la mission note avec intérêt l'idée de favoriser le développement, à côté des réseaux, d'autres modalités de coordination des professionnels : c'est ce que permettrait par exemple l'organisation de rencontres régulières des professionnels de santé libéraux exerçant dans une zone à déterminer (canton, bassin de vie, bourg, quartiers...). Ces rencontres auraient pour objet de favoriser les échanges sur les pratiques et de faire émerger des solutions sur les problèmes communs à tous les professionnels exerçant dans une même zone (transports de malades, gardes, problèmes de sécurité, etc...). Comme pour les réseaux « souples », ce type d'organisation suppose de rémunérer, sous une forme ou sous une autre, le temps passé par les professionnels à la coordination, ce qui pose à nouveau le problème des modalités de paiement d'éventuels forfaits et du contrôle de la réalité de la coordination.

3.1.3 La prise en charge des urgences, mission de service public pour les professionnels de santé

La prise en charge des urgences constitue une mission de service public, à laquelle les professionnels de santé libéraux sont tenus de concourir. Si la mission rappelle que cette participation constitue une obligation déontologique, elle observe que le dispositif actuel de gestion des gardes doit être amélioré, notamment dans les zones urbaines. Il lui paraît souhaitable de faire émerger, en s'appuyant sur des comités départementaux de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) rénovés, une organisation plus efficace : le système doit permettre d'identifier les professionnels de santé assumant effectivement un tour de garde et d'en informer le public. Il doit être conçu en lien avec les services d'urgence des établissements de santé.

Dans ce cadre, il est nécessaire de prévoir, pour les professionnels concernés, une rémunération suffisamment attractive. Deux solutions sont envisageables :

- la rémunération de l'astreinte assortie du paiement des actes réalisés ;
- un forfait global rémunérant l'ensemble de la garde, éventuellement modulé en fonction de la charge de travail.

La création de maisons de garde, où un équipement adapté _ moyens d'investigation minimaux en particulier _ serait mis à disposition des médecins et professionnels de garde pourrait par ailleurs être envisagée. La création de ces structures, qui pourraient jouer un rôle de « sas » pour les urgences hospitalières en coordination avec elles, aurait l'avantage d'éviter la plupart des déplacements des professionnels au domicile des patients ; dans certaines zones, elle pourrait être une solution aux problèmes de sécurité soulevés par les professionnels concernés.

L'engagement des professionnels dans l'optimisation des dépenses

3.2.1 Rémunérations à l'acte et rémunérations au forfait : vers un système mixte

Il existe un large accord pour considérer que le paiement à l'acte n'est pas le seul mode de rémunération légitime des professionnels de santé libéraux et qu'il doit être complété par des modes de rémunération au forfait. Le paiement à l'acte conduit à privilégier les activités à visée diagnostique et curative par rapport aux activités de prévention et de promotion de la santé, et les expériences étrangères indiquent une forte convergence vers des modes de paiement mixtes.

Certains systèmes centrés sur le seul paiement à l'acte adoptent aujourd'hui des forfaits ; d'autres, comme le National Health Service britannique, recherchent au contraire dans le paiement à l'acte le complément naturel de la capitation. Le fondement de la mixité est à rechercher dans la pluralité des objectifs poursuivis au sein du système, qui justifie en soi une pluralité de moyens. Il est aussi à rechercher dans l'analyse fine des effets pervers des modes de rémunération, que leur conjugaison peut en partie juguler.

Les partenaires conventionnels peuvent compléter le paiement à l'acte par des rémunérations fondées sur un tarif horaire, définies à l'intervention ou à la capitation, voire par des forfaits mensualisés ou annualisés (3).

Il est envisageable, en contrepartie des efforts consentis par le professionnel, de prévoir une rémunération supérieure de l'acte, un taux de remboursement supérieur, des avantages sociaux ou un complément de rémunération forfaitaire.

- Les formules, parfois proposées par les professionnels et qui visent à « échanger » des revalorisations de la valeur des actes contre des engagements à effectuer moins de prescriptions, ne sont pas apparues réalistes à la mission, en l'absence d'acceptation d'engagements sur les volumes.

- La question de la prise en charge d'une fraction des cotisations sociales demeure largement ignorée des assurés sociaux en dépit de son importance. Ce mécanisme qui coûte plus de 9 Mds de F à l'assurance maladie est également un facteur d'opacité dans l'appréciation des rémunérations. Enfin, il conduit à ce que les régimes de retraites des professionnels soient liés à la vie conventionnelle.

- enfin, il n'est pas légitime que l'assuré soit placé dans une situation différente en matière de remboursements selon que le praticien a noué ou non un engagement spécifique.

La mission privilégie donc les **compléments forfaitaires qui garantissent une plus grande transparence et une plus grande neutralité pour le patient**. Cependant, la situation particulière des généralistes rend légitime un effort particulier en matière de valeur des actes (cf.1.1.).

3.2.2 Définir les champs d'intervention des mécanismes de rémunération forfaitaire

Il est nécessaire, face aux nombreuses demandes formulées par les professionnels, de définir précisément ce que peuvent être les champs de la rémunération au forfait et quels sont les objectifs de politique de santé qu'ils recouvrent. Certaines pistes d'introduction de forfait dans la rémunération méritent d'être explorées ; elles correspondent à des logiques différentes:

Favoriser l'égal accès aux soins sur le territoire

La régulation de la démographie s'accommode davantage d'actions incitatives que d'une approche coercitive. La mission juge donc nécessaire de mettre en place des primes d'installation, dans les zones rurales « désertifiées » en particulier.

Un forfait pour l'encouragement à l'installation dans certaines zones géographiques ciblées pourrait être versé de manière fractionnée, en trois ou quatre versements annuels ; il ne serait pas exclusif d'une aide apportée par les collectivités locales, à leur initiative, sous forme de locaux aménagés et mis à disposition à titre gracieux.

La mission a envisagé un mécanisme équivalent pour certaines zones urbaines sensibles, et considéré que l'instrument financier se justifiait moins en ce cas, l'accent devant être mis sur des aides à l'infrastructure et la sécurisation de l'exercice et des cabinets.

Rémunérer les services rendus dans le cadre de priorités des politiques de santé : urgences, prévention et coordination des soins.

Sont ici visées des activités qui ressortissent à l'intérêt général comme :

- la participation aux gardes pour la prise en charge des urgences,
- la participation aux activités collectives de prévention,
- la fonction de coordonnateur des soins au sein d'un réseau de santé (cf. 2.1.) et la gestion du dossier médical de synthèse (cf. 1.1.).

Encourager les bonnes pratiques

La mission propose de créer un contrat proche des actuels contrats de bonne pratique (4) créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Plutôt que de s'appuyer sur les avantages sociaux à accorder aux professionnels, comme dans le contrat de bonne pratique, la mission juge nécessaire de rémunérer par un forfait versé une fois l'an les professionnels qui s'engagent sur différents domaines, par exemple :

- prescription de médicaments génériques,
- participation à des sessions d'information sur les bonnes pratiques,
- application des recommandations de bonne pratique,
- suivi d'un cycle d'évaluation et des formations afférentes (5),
- animation de sessions de formation,

Ce type de contrat formerait un troisième étage conventionnel et serait proposé à l'ensemble des professionnels libéraux. Il pourrait permettre une réelle amélioration des pratiques, sous réserve que sa mise en place s'accompagne d'une démarche locale dynamique des caisses favorisant son développement. Il gagnerait en efficacité en étant repris au niveau local par les syndicats professionnels.

Cette liste des champs d'intervention possible des mécanismes forfaitaires n'est pas exhaustive ; en outre, une marge d'initiative doit être laissée aux partenaires conventionnels. En revanche, il convient d'affirmer que **certaines tâches ne sauraient faire l'objet de ce type de rémunération, qui n'a pas vocation à couvrir des charges qui sont inhérentes à l'acte lui-même**. En particulier, le paiement en sus de l'acte des « tâches administratives » n'est pas nécessairement justifié. Aussi convient-il sans doute de définir plus précisément ces éléments inclus dans l'acte lui-même :

- l'écoute du patient, son examen, la recherche de la pathologie et du traitement, ainsi que l'explication de celui-ci de manière intelligible, loyale et adaptée,
- la plupart des actes de prévention individuelle primaire et secondaire,

- le renseignement du dossier médical et l'échange des informations avec les autres professionnels de santé concernés,
- la transmission aux organismes payeurs des données qu'ils demandent et l'information du patient sur le coût de l'acte et les conditions de son remboursement par les régimes d'assurance maladie.

L'engagement des professionnels dans l'optimisation des dépenses passe par l'évolution des modes de rémunération décrite ci-dessus, mais aussi par la création d'un système conventionnel assurant une meilleure cohérence entre les politiques de santé et la rémunération des professionnels.

Etat, assurance maladie et professions de santé : de nouvelles règles du jeu

Les mesures destinées à assurer l'équilibre financier de l'assurance maladie ont longtemps porté sur les seuls assurés (hausse du ticket modérateur...). A partir des années quatre-vingt-dix, une régulation plus structurelle s'est progressivement mise en place, mais qui n'a porté que sur les offreurs de soins. La mission juge indispensable qu'une responsabilité partagée soit désormais instaurée en ce domaine.

4.1.1 Les politiques de santé sont une fonction régalienne de l'Etat, qu'un conseil national de la santé permettrait d'exercer plus efficacement

Il ressort des entretiens menés par la mission la conviction partagée que l'Etat doit conserver un rôle majeur dans le système de soins. Outre la définition des orientations en matière de politique de santé et la détermination des moyens financiers que la collectivité y consacre, quatre champs d'intervention de la puissance publique ont été mis en évidence par nos interlocuteurs. L'Etat est chargé à titre principal des politiques de santé publique, de prévention et de promotion de la santé. La détermination du niveau de couverture et des moyens à y consacrer, par la détermination du panier de biens et services notamment, relève de sa responsabilité. L'Etat est également le garant de la sécurité et de la qualité des soins. Enfin, l'organisation générale des soins et l'encadrement des conditions d'exercice des professions de santé lui appartiennent à titre principal.

L'assurance maladie conserve un rôle complémentaire dans ces domaines. Les caisses, responsables du contrôle de l'activité, doivent ainsi pouvoir alerter les autorités chargées, au nom de l'Etat, de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Le champ de la convention dépend également du partage des responsabilités à effectuer entre l'Etat et l'assurance maladie. Doivent ainsi relever du domaine réglementaire les obligations s'imposant aux professionnels à raison même de leur participation à des missions de service public (délivrance des soins aux assurés, cadre général des honoraires et des tarifs, opposabilité des recommandations professionnelles...). En second lieu, il importe de dire ce qui, dans la convention, doit relever d'engagements collectifs des professionnels et ce qui peut relever de contrats individualisés.

Les problèmes de santé, qu'il s'agisse de la sécurité sanitaire, de la bioéthique, de la prévention, des questions économiques, de l'avenir des professions ou de l'évolution des structures hospitalières, prennent une grande importance pour la société : ils nécessitent la conception et la mise en oeuvre de politiques stables à long terme. La nécessité d'une parole incontestée de l'Etat dans le champ de la santé justifie de créer un conseil national de la santé. La composition du conseil devra lui conférer une légitimité scientifique et politique incontestable ; son mode de désignation pourrait s'inspirer de celui des autorités administratives indépendantes existantes.

Il aurait pour principale mission d'éclairer le gouvernement, le parlement et l'ensemble de la population française sur les choix nécessaires en matière de santé. Il veillerait à l'impartialité de l'information médicale destinée au public et pourrait être consulté sur les nouvelles questions éthiques posées par le développement des techniques médicales, les applications du principe de précaution en santé et les programmes prioritaires nationaux de prévention et de promotion de la santé. Surtout, le conseil national de la santé pourrait établir un lien entre la réflexion sur les priorités de santé et la détermination des ressources que la nation affecte à la santé dans le cadre du budget pluriannuel des dépenses d'assurance maladie que la mission propose d'instaurer (cf. infra).

Dans le cadre administratif actuel, deux instances, le haut comité de la santé publique et la conférence nationale de santé, sont chargées de contribuer à la réflexion du gouvernement et du parlement en matière de définition des priorités de la politique de santé. En dépit de la qualité de leurs travaux, ces deux institutions rencontrent des difficultés à faire entendre leurs propositions et à leur donner une traduction concrète. La définition des priorités de santé publique et la détermination de l'effort financier à leur consacrer demeurent deux enjeux par trop strictement déconnectés.

Assis sur une légitimité plus large que ces instances, notamment liée à son mode de nomination et à sa composition restreinte, un conseil national de la santé pourrait donc permettre une meilleure prise en compte de la santé publique dans les choix publics et coordonner l'action de structures aux missions proches qui lui seraient désormais rattachées. Les conférences régionales et la conférence nationale de santé seraient maintenues et pourraient utilement nourrir la réflexion du conseil national.

4.1.2 Les principes de l'assurance maladie doivent être préservés ; ses modalités et ses structures doivent être clarifiées

Quoiqu'excédant le champ de réflexion assigné à la mission, les responsabilités et l'organisation de l'assurance maladie ont fréquemment été évoquées comme l'une des difficultés auxquelles est confronté notre système de soins. La mission n'ignore pas que cette question embrasse un horizon plus vaste et est soumise à des décisions politiques et syndicales d'un autre niveau.

Délibérément, elle a choisi que les principes sur lesquels repose aujourd'hui notre système d'assurance maladie soient préservés et formellement réaffirmés.

Elle retient en effet de ses auditions un assez large accord pour considérer que l'autonomie de l'assurance maladie n'est pas assurée, ce qui handicape sa gestion par les partenaires sociaux et limite sa crédibilité et sa marge de manoeuvre pour la négociation avec les professionnels de santé. **Il est nécessaire que les relations entre l'Etat et les caisses soient clarifiées, ré-instituées avec les partenaires sociaux et rendues transparentes.**

Dans ce cadre, deux pistes doivent être privilégiées.

En premier lieu, il apparaît nécessaire de garantir à l'assurance maladie une vraie délégation de compétence assurant son autonomie et la stabilité juridique de ses relations avec les professionnels. Le non-respect des engagements qu'elle souscrit génère en effet une crise de légitimité de la CNAMTS et motive un appel déresponsabilisant à l'Etat.

En second lieu, la fonction de tête de réseau de la CNAMTS doit être renforcée. La maîtrise du réseau des CRAM, des CPAM, des échelons régionaux et locaux du service médical ainsi que la nécessité de modifier la nature des relations contractuelles qu'entretient la caisse avec l'Etat et avec les professionnels ont ainsi conduit les représentants de la CNAMTS à plaider pour une modification du statut de celle-ci. La mission juge pour sa part nécessaire de rebâtir une relation de proximité entre les professionnels et les caisses locales, tant en ce qui concerne les services administratifs que le contrôle médical. Cette ambition conditionne notamment une application dynamique de l'engagement conventionnel bonnes pratiques que propose la mission. L'architecture à créer doit favoriser les URCAM, institution inter-régimes. Un rôle pivot pourrait leur être dévolu dans la mise en place des systèmes d'information nécessaires au suivi médicalisé.

4.1.3 Une structure conventionnelle à trois étages

Des entretiens menés par la mission, il ressort un accord assez général sur la nécessité de rebâtir une nouvelle architecture conventionnelle. La mission propose de la refonder en trois étages :

un premier étage regroupant les dispositions communes à l'ensemble des professions conventionnées et posant les règles et principes généraux applicables dans les rapports entre ces professionnels et l'assurance maladie ; il peut être envisagé de leur adjoindre des dispositions traitant de l'articulation des différentes professions pour assurer la coordination et la continuité des soins. Ce socle commun formerait la charte des métiers de la santé ; il pourrait être fixé par voie réglementaire, après une large concertation avec les professions de santé et l'assurance maladie, et serait incorporé comme premier niveau des conventions propres aux professions et spécialités ;

un second étage distinguant pour chaque profession (voire, au sein de celles-ci, pour chaque métier ou spécialité) les dispositions qui lui sont propres ; c'est à ce niveau de négociation notamment que peut trouver place la fixation des différents tarifs et rémunérations de chaque profession. Cet étage doit permettre de mieux prendre en compte l'activité réelle et les caractéristiques propres aux professions, ainsi que de leur proposer un cadre pluriannuel pour la définition de l'évolution médicale et économique de leur activité ;

un troisième étage permettant la conclusion de contrats individuels correspondant à des engagements de bonne pratique particuliers pris par les professionnels le souhaitant, les contrats individuels pouvant contenir plusieurs niveaux d'engagement et étant établis selon des modèles définis lors des négociations par profession (chaque profession pouvant définir ces modèles en plusieurs temps par des avenants successifs). Ces contrats individuels pourraient être signés localement entre les professionnels et les organismes locaux d'assurance maladie dans la mesure où leur contenu implique une relation partenariale plus étroite.

Afin de créer une nouvelle dynamique conventionnelle, il est nécessaire de mettre en place des incitations pour la conclusion du second niveau. On pourrait donc envisager qu'en l'absence de conclusion négociée, l'accès au troisième niveau soit impossible, la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie cesse et enfin que les autorités de régulation fixent unilatéralement les tarifs pratiqués par les professionnels. En cas de dénonciation des conventions de second niveau, les avantages en termes de rémunération forfaitaire du troisième niveau seraient maintenus pour ceux qui auraient préalablement signé l'engagement de bonnes pratiques.

La mise en place d'une telle architecture à trois étages ne peut s'opérer qu'avec la suppression, au besoin progressive, du secteur à honoraires libres, afin de préserver l'attractivité du troisième étage de la convention.

Les voies d'une responsabilisation des usagers

La part de responsabilité des usagers dans la « dérive » des dépenses d'assurance maladie a fréquemment été évoquée par nos interlocuteurs, notamment en ce qui concerne la pression à la prescription pharmaceutique.

4.2.1 Jusqu'à présent, quatre principaux modes de responsabilisation ont été utilisés conjointement.

Il s'agit de l'avance de frais, du ticket modérateur, du dépassement d'honoraires et du non remboursement de certains services ou produits.

- L'avance de frais n'a pas ou peu d'effet sur les assurés les plus aisés alors qu'elle conduit les populations les plus fragiles économiquement à se tourner vers des structures qui pratiquent le tiers payant comme les établissements publics de santé ou les centres de santé. L'extension du tiers payant constatée ces dernières années, dont il faut rappeler qu'elle s'est largement faite avec l'accord des professions de santé, constitue donc une évolution positive dans la prise en charge des soins.

- Le ticket modérateur, dont le niveau est relativement important en France, notamment pour les soins de premier recours, a conduit une partie significative de la population à renoncer aux soins, ce qui a rendu nécessaire, pour favoriser un accès plus égal aux soins, la mise en place du droit à la protection complémentaire en matière de santé dans la loi portant création d'une couverture maladie universelle. Pour autant, ce même ticket modérateur est sans conséquence sur les populations qui disposent de ressources suffisantes et d'une protection complémentaire conséquente.

- Le dépassement d'honoraires constitue le troisième mode de responsabilisation. Trois mécanismes conventionnels le permettent : le dépassement exceptionnel (7), le dépassement sur les prothèses dentaires et le secteur à honoraires libres dit « secteur 2 » (8). Dans ce dernier cas, à côté du secteur 1 qui constitue le service sur lequel est engagée la responsabilité collective et qui fera l'objet de la prise en charge définie par les pouvoirs publics, le secteur 2 est celui vers lequel peuvent se tourner les usagers disposés à acquitter le dépassement. Cette logique suppose que l'assuré ait véritablement le choix (9) et soit à même de juger du bien fondé de la dépense supplémentaire encourue. Or ces deux conditions ne sont que très rarement remplies et le recours à ce type de responsabilisation n'est donc pas pertinent.

- Le non remboursement de certains biens et produits. Dans ce cas où la collectivité estime que l'efficacité est insuffisante, la participation financière de l'assuré est totale et sa responsabilité entière. Les comportements de consommation observés montrent les limites de ce mode de responsabilisation.

4.2.2 Les opinions exprimées sur les moyens de davantage responsabiliser l'utilisateur restent très partagées.

Si certains affirment que la participation financière est vouée à l'échec car impliquant des renoncements aux soins de la part des populations les moins favorisées, d'autres, à l'opposé, prônent le renforcement du ticket modérateur, voire évoquent un système de bonus-malus permettant de pénaliser les comportements à risque.

La plupart des personnes auditionnées par la mission jugent nécessaire la mise en place d'un **panier de soins remboursables**, dont les contours et le contenu ne sont cependant pas clairement définis. Ce panier existe de fait, mais sur un mode trop implicite, alors qu'un **travail d'explicitation et d'actualisation** a été mené dans la plupart des pays. Selon que le panier adopté couvre l'ensemble des soins médicalement efficaces ou au contraire qu'il soit limité en fonction de considérations médico-économiques, l'accueil risque d'être plus ou moins réservé. En outre, au regard de la puissance de cet instrument de responsabilisation, sa mise en oeuvre soulève un enjeu fort en termes d'équité.

Comme pour les producteurs, la piste d'une **incitation financière, notamment à la prévention**, pourrait être empruntée. On peut à ce titre mettre en avant la proposition faite à la mission de davantage rembourser les soins dentaires aux usagers qui accepteraient des visites périodiques de prévention et de dépistage. Pour autant, c'est surtout dans la voie de mécanismes d'information permettant de les sensibiliser sur l'impact de leurs comportements qu'il conviendrait de s'engager durablement. **En reflet de ce que constituent les recommandations de bonne pratique pour les professionnels, il convient de trouver les moyens d'amener les usagers à accepter une meilleure cohérence dans leur recours aux soins.**

Les organismes d'assurance maladie doivent s'engager fortement dans cette voie avec l'appui des acteurs impliqués dans l'évaluation des stratégies thérapeutiques (AFSSAPS, ANAES...). Ils pourraient également, au-delà des actions engagées au niveau national ou local à destination des usagers, utiliser le relais des associations de personnes malades et d'usagers auxquelles le projet de loi de modernisation du système de santé (10) confère une nouvelle dimension. Sous réserve des moyens dont il sera doté, le futur institut national de prévention et de promotion de la santé devra également contribuer à une responsabilisation accrue des usagers.

En somme, la situation se caractérise bien par l'absence de responsabilisation financière efficace au moment de la consommation (les complémentaires assurant la prise en charge de la quasi-intégralité du ticket modérateur supposé réduire une éventuelle surconsommation) et l'absence de filières permettant d'orienter le patient dans le système de soins. **Tous les autres systèmes de santé disposent de l'un ou l'autre de ces deux mécanismes de responsabilisation** (en amont ou en aval). S'agissant de l'amont, la proposition faite par la mission de créer un dossier médical de synthèse répond en partie à ce manque.

Pour une régulation aux objectifs réalistes et partagés par l'ensemble des acteurs

La mission pense que les mesures concernant la pratique de l'exercice médical et paramédical exposées précédemment contribueront à la régulation à long terme des dépenses de santé. Elles doivent cependant être complétées dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et de l'objectif de dépenses déléguées (ODD).

4.3.1 Renover la détermination de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

Il y a vingt ans, l'idée d'introduire explicitement des préoccupations économiques dans le champ de la santé apparaissait inconvenante. Depuis, la mise en évidence de gaspillages liés au manque de coordination entre les acteurs, voire à leur manque de

considération à l'égard de ressources socialisées, a modifié le discours au point que l'on reconnaît même la nécessité d'optimiser les dépenses.

Une étape importante reste cependant à franchir, celle d'admettre que la taille du financement consacré à la santé peut ne pas dépendre uniquement des besoins en santé de la population, mais au delà, des ressources dont peut disposer une société à un moment donné et des arbitrages conjoncturels entre grandes fonctions collectives qu'elle effectue (éducation, culture,...). On peut aussi admettre que l'effort consenti à un secteur donné soit fonction de la richesse globale (il existe de fait une relation bien établie entre niveau de développement d'un pays et qualité du système de santé). On conçoit par exemple qu'en temps de guerre, l'effort de la nation puisse être concentré sur certaines fonctions comme la défense.

Une telle démarche conduit à reconnaître explicitement que tous les besoins ne sauraient être satisfaits, quand bien même l'on aurait procédé à une optimisation des ressources utilisées dans le secteur de la santé. Or la plupart des personnes auditionnées par la mission et plus généralement l'ensemble des acteurs de la santé ne parviennent pas à se résoudre à un tel constat. L'opposition entre maîtrise médicalisée et maîtrise comptable, forgée dès 1993 et à laquelle fait écho celle, plus récente, entre optimisation et rationnement traduit bien ce refus. Cet arbitrage macro-économique apparaît comme la source même des tensions entre décideurs publics et professionnels de santé.

De fait, la construction de l'ONDAM constitue un motif d'incompréhension pour les professionnels qui perçoivent mal les justifications des choix retenus et contestent son opposabilité, sans pour autant, il convient de le souligner, nier la légitimité du rôle du Parlement. Le non-respect des objectifs, constaté année après année, conduit à décrédibiliser l'idée même d'un taux d'évolution des dépenses prospectif et à remettre en cause l'autorité du Parlement.

La mission considère cependant que **l'instauration d'un budget prévisionnel a constitué une amélioration pour le pilotage de l'effort collectif en faveur de la santé**. Elle ne souhaite pas revenir sur ce qu'elle considère comme un acquis. On observe d'ailleurs que sur les cinq dernières années, la progression des dépenses d'assurance maladie est identique à l'évolution du produit intérieur brut ou à la consommation des ménages.

La régulation doit s'appuyer sur la fixation d'objectifs perçus comme légitimes, réalistes, liés aux objectifs de santé publique et pluri annualisés.

Un effort de pédagogie doit être entrepris pour expliquer que le financement consacré à la santé ne peut pas dépendre uniquement des besoins en santé, mais, au-delà, des ressources dont dispose la collectivité à un moment donné et des arbitrages qui sont effectués entre grandes fonctions collectives (éducation, défense, culture...). Ces arbitrages doivent être portés à la connaissance des usagers, des professionnels et des partenaires sociaux, afin que chacun puisse se prononcer et que les choix soient explicités. Une plus grande publicité des travaux menés par les commissions des affaires sociales du parlement à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) et un débat devant le conseil économique et social doivent être envisagés. La construction de l'ONDAM serait ainsi éclairée par l'organisation d'un débat public associant usagers, professionnels et financeurs.

L'objectif doit être réaliste. A cet égard, il apparaît naturel que le niveau de financement consenti par un pays aux grandes fonctions collectives fluctue dans une certaine mesure en parallèle avec sa richesse, usuellement appréhendée par le taux de croissance annuel du Produit Intérieur Brut (PIB), ce que confirme l'évolution récente des dépenses de santé.

Il convient ensuite de donner un **contenu en santé publique** à l'ONDAM, en s'appuyant sur un rapport établi au parlement par le conseil national de la santé. Il apparaît en effet essentiel que le débat sur l'ONDAM ne se limite pas au vote d'un montant accompagné d'un bref exposé des motifs expliquant les raisons qui ont motivé le choix du taux de progression. L'objectif serait la traduction chiffrée de choix et priorités.

La mission juge enfin nécessaire que **le niveau de l'ONDAM soit fixé de manière pluriannuelle et crédible**, avec un caractère non négociable. Il convient de l'inscrire dans un cadre glissant, le champ de la santé étant un domaine où toute action sur les comportements individuels et les activités des structures doit s'inscrire dans la durée et la visibilité. Serait ainsi promue une loi sanitaire sur cinq ans dont la réalisation serait déclinée financièrement chaque année par la LFSS et la loi de finances.

Le gouvernement, s'appuyant sur l'avis du conseil national de la santé, serait chargé de proposer au parlement les ajustements annuels de l'enveloppe requis par l'évolution des règles ou les besoins prioritaires en santé. Ce rapport aurait donc pour principal objectif d'éclairer le parlement sur l'évolution de l'ONDAM et des décisions qui en affectent le montant. Dans ce texte, le conseil national de la santé pourrait par exemple apprécier l'effet volume sur les soins du vieillissement de la population et promouvoir une parole forte en ce domaine face à une opinion et des professionnels qui estiment, parfois sans réel fondement, que les modifications de la pyramide des âges entraînent inévitablement un accroissement des dépenses. Des lois de financement pluriannuelles éviteraient les polémiques répétées autour de lois de financement rectificatives.

4.3.2 Assurer le respect de l'objectif de dépenses déléguées

L_ODD regroupe au sein de l'enveloppe de dépense des soins de ville tous les honoraires des professionnels de santé et les transports sanitaires. A été mis en place au cours de la période récente un système d'ajustement des tarifs, dit des lettres clés flottantes, système unanimement rejeté par les professionnels parce que considéré, à tort, comme un système de sanction. Les autorités de régulation ne peuvent certes pas s'interdire de tenir compte des écarts par rapport à l'objectif pour la fixation et la négociation des honoraires, mais il n'est pas sain que ces ajustements soient faits trop fréquemment et unilatéralement, aboutissant ainsi à déstabiliser les professionnels concernés qui n'en comprennent pas la portée dans leur exercice individuel.

La mission juge essentiel pour l'efficacité de la régulation de **conserver un suivi infra annuel des dépenses, en faisant en sorte que la négociation, annuelle, des tarifs tienne compte des écarts observés entre l'ODD et les dépenses réelles.**

A court terme, la mission, qui n'a pas constaté de consensus sur les alternatives à mettre en oeuvre pour assurer le respect de l'objectif de dépenses déléguées, propose dans l'immédiat de **surseoir aux mesures correctrices quadri mensuelles**, afin de permettre l'engagement de discussions sur la base de ses propositions, **sous réserve que les partenaires adhèrent à cette démarche.**

Concernant les responsabilités de la CNAMTS, la délégation actuelle montre ses limites. Sur le plan théorique, une plus grande efficacité de la régulation passe par une responsabilisation accrue de la CNAMTS, notamment en la rendant financièrement responsable de l'ODD, en lui permettant le cas échéant d'emprunter en fin d'exercice les sommes nécessaires au bouclage financier. Mais deux conditions supplémentaires doivent être réunies pour s'assurer de l'implication de la caisse et de son succès dans sa mission.

La première concerne le niveau de l'ODD. En ce domaine, la fixation d'un objectif réaliste de dépenses doit faciliter l'acceptation de la mise en oeuvre, en cas de dépassement de celui-ci, de mesures correctrices. La seconde a trait à la clarification du champ de compétences de la CNAMTS. Celle-ci considère qu'une éventuelle extension de sa responsabilité aux autres volets des soins de ville, et tout particulièrement au médicament, pourrait faciliter la régulation. Or, si depuis 1996 elle est responsabilisée sur l'enveloppe des soins de ville, elle ne dispose de leviers pour agir que sur le seul ODD (11), leviers qu'au demeurant elle s'est abstenue d'utiliser en 2001.

L'hypothèse d'une régulation régionalisée

Au cours des auditions auxquelles a procédé la mission, la question de la régionalisation a été évoquée à plusieurs reprises, le plus souvent en conclusion de constats pessimistes sur la possibilité de réformer le dispositif actuel. On voit ainsi émerger d'emblée le risque d'une régionalisation conçue comme une « fuite en avant », permettant de s'abstraire d'aborder de front les questions les plus épineuses. Il est donc important de poser le postulat que la régionalisation échouera, quelles qu'en soient les modalités, si ses partisans n'ont en commun que le projet de repousser vers le niveau régional les questions majeures que pose l'avenir du système de santé. La régionalisation n'a de chances de succès que si elle repose au contraire sur un consensus positif en sa faveur, consensus qui ne peut lui-même s'échafauder qu'au niveau national.

4.4.1 Quelle conception de la régionalisation doit-on retenir ?

La version « la plus basse » envisageable consiste à ne pas transférer de compétences vers les échelons locaux mais à réduire, depuis le niveau central, les disparités géographiques aujourd'hui constatées dans l'offre de soins, par exemple en concevant des aides fiscales à l'installation. Sans implication réelle des acteurs régionaux, ce modèle n'a pas une consistance suffisante pour pouvoir être présenté comme procédant d'une véritable régionalisation.

A l'opposé, une décentralisation supposerait que l'Etat et l'assurance maladie transfèrent à la collectivité territoriale régionale l'organisation et la régulation des soins de ville ; mais, à la vérité, ne sont demandeurs d'une telle décentralisation ni les professionnels de santé ni les responsables des exécutifs régionaux. En outre, la décentralisation pourrait receler des risques importants : d'abord, celui d'un accroissement des inégalités, entre les patients et entre les professionnels ; ensuite, un second risque tient au fait qu'il n'y a pas de réelle décentralisation sans que le transfert des compétences ne s'accompagne de la dévolution d'une responsabilité sur la régulation économique du secteur concerné, question très délicate aussi bien techniquement que politiquement. Tout ceci fait que la **décentralisation ne constitue pas une solution du court terme.**

Située en quelque sorte entre les deux hypothèses précédentes, une modalité particulièrement intéressante de la responsabilisation des acteurs du système peut passer par la déconcentration de responsabilités actuellement exercées par les instances centrales de l'Etat et des caisses nationales d'assurance maladie au profit de services régionaux, existants ou à remodeler.

4.4.2 Quelles compétences doit-on déconcentrer ?

Dans l'hypothèse où seraient mises en place d'une part des mesures d'organisation de l'offre (comme le versement de subventions à l'installation dans les zones critiques ou l'agrément de « maisons de santé ») et d'autre part des procédures permettant d'améliorer la qualité des prestations produites, il est assez simple d'envisager un dispositif déconcentré : il appartiendrait au niveau central d'arrêter les principes généraux, les normes (référentiels, guides de bonne pratique), les critères définissant les situations dans lesquelles les mesures incitatives peuvent être accordées, les modalités du contrôle. Quant au responsable régional, il serait en charge de tout ce qui relève de la mise en oeuvre.

La question de la déconcentration est beaucoup plus délicate s'agissant de l'allocation des ressources aux producteurs.

La transposition dans le domaine des soins de ville du mécanisme mis en place en matière hospitalière se traduirait par le fait qu'une fois voté l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, le niveau central fixerait le montant de l'enveloppe propre aux soins de ville puis la fractionnerait par régions, à charge pour l'autorité régionale d'en assurer la gestion, avec un examen ex-post de sa « performance » sur le double plan de la qualité des soins et du respect de l'enveloppe attribuée.

D'un point de vue technique, la faille majeure de ce système résulte de ce qu'il assimile totalement l'enveloppe concernant les soins de ville à un budget, que ce soit au niveau national ou au niveau régional ; or cette assimilation n'est pas pertinente.

Autant l'enveloppe hospitalière attribuée à une agence régionale de l'hospitalisation ou à un établissement de santé fonctionnant sous le régime de la dotation globale présente bien toutes les caractéristiques d'un budget, autant l'enveloppe des soins de ville s'analyse-t-elle plutôt comme « un fonds provisionnel dont la limite n'est pas opposable aux ordonnateurs des dépenses ». Dès lors, on voit bien que peuvent apparaître en fin d'exercice une dépense réelle inférieure au montant prévisionnellement défini ou, au contraire, un dépassement de la dotation initiale que l'on ne saurait pas combler, sauf à créer un système faisant « flotter » des lettres-clés à la fois dans le temps et dans l'espace : dans le temps puisque les ajustements se pratiqueraient au minimum à un rythme annuel ; et dans l'espace puisque les situations varieraient d'une région à l'autre et pourraient exiger ici des mesures qui ne seraient pas obligatoires ailleurs...

Il s'ensuit que la véritable question est de savoir si la régionalisation serait plus susceptible que le dispositif actuel de conduire les professionnels des soins de ville à emprunter la voie qu'ont prise naguère les responsables de l'hospitalisation publique et à accepter en toute connaissance de cause l'existence d'une régulation.

Ce n'est pas impossible si la répartition de l'enveloppe totale entre les régions se fait selon des modalités compréhensibles et même acceptables par les professionnels de santé. Ceci impose que les critères de répartition entre les régions soient à la fois concertés et reconnus comme « intelligents », ce qui signifie qu'ils doivent consacrer une place suffisante à la prise en compte des caractéristiques épidémiologique – socio - démographiques des régions et faire l'objet d'un débat démocratique.

En définitive, la déconcentration de l'allocation des ressources n'est certainement pas à même d'apporter des solutions techniques plus vertueuses ou plus aisées à mettre en oeuvre que celles tentées jusqu'ici au niveau national ; en revanche, il n'est pas totalement impossible que la régionalisation s'accompagne de processus permettant de mieux faire comprendre, voire admettre, l'existence même des dispositifs de régulation.

Par ailleurs, il est certain qu'une régionalisation de l'action publique conduite à l'égard des soins de ville ne pourrait pas ignorer que sont d'ores et déjà largement déconcentrées la politique hospitalière et la politique applicable au domaine médico-social, ce qui devrait permettre d'instaurer une **fongibilité plus tangible qu'aujourd'hui entre les enveloppes.**

4.4.3 Au profit de quelles instances la déconcentration doit-elle s'opérer ?

Une rapide revue des instances actuellement en place fait apparaître que les services de l'Etat ne disposent pas de ressources humaines qui soient en nombre suffisant et qui soient culturellement et techniquement prêtes pour absorber à court terme une déconcentration de l'action relative aux soins de ville. Quant au réseau de l'assurance maladie, il présente les apparences d'un paysage morcelé en un très grand nombre d'institutions qui disposent chacune d'une forme d'autonomie juridique par rapport aux instances nationales et, pour ce qui concerne les caisses locales, par rapport aux unions régionales, avec de surcroît une indépendance réelle du « circuit » du contrôle médical.

L'observation du fonctionnement des agences régionales de l'hospitalisation permet de démontrer qu'il est possible de faire naître une véritable synergie entre les services de l'Etat et ceux de l'assurance maladie et de supprimer études redondantes et prises de position discordantes ; mais il importe de rappeler que cette évolution n'a pu s'opérer qu'au prix de difficiles périodes d'apprentissage au cours desquelles le processus de décision applicable à l'hospitalisation s'est trouvé alourdi et ralenti.

En définitive, aucune institution aujourd'hui en place au niveau régional n'apparaît toute désignée pour devenir, sans délai ni adaptation, bénéficiaire d'une déconcentration qui s'appliquerait au domaine des soins de ville. Force serait donc d'envisager un remodelage du dispositif institutionnel régional qui devrait respecter les impératifs suivants :

- ne pas créer de toutes pièces une instance nouvelle ;
- unir les forces de l'Etat et de l'assurance maladie ;
- trancher dans la clarté la question du rôle des préfets dans le dispositif à créer et celle de l'association à la prise de décision d'une part des représentants des professionnels de santé, d'autre part des élus ;
- éviter de créer de nouveaux cloisonnements au sein du système de santé ;
- au sein de l'assurance maladie, « solidifier » le réseau ;
- ne pas mésestimer les nécessaires mises à niveau des effectifs et des systèmes d'informations qui devraient accompagner une éventuelle régionalisation intervenant dans le domaine des soins de ville.

- (1) Compte tenu des initiatives prises au cours de la concertation par le gouvernement, la mission a choisi de ne pas aborder les questions du médicament et des soins dentaires dans son présent bilan.*
- (2) Commissariat général au plan, Santé 2010, rapport du groupe « Prospective du système de santé », juin 1993.*
- (3) Art 162-5, 13° du code de la sécurité sociale pour les médecins par exemple.*
- (4) Article L 162-12-18 du code de la sécurité sociale.*
- (5) L'attestation du suivi de l'évaluation devrait donc être transmise, outre au conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le médecin est inscrit, aux caisses primaires d'assurance maladie.*
- (6) La baisse partielle de la prise en charge des cotisations sociales dans le règlement conventionnel minimal pour les médecins ne s'est pas, jusqu'à présent, montrée suffisamment incitative*
- (7) Qui peut être demandé par le professionnel pour exigence particulière du malade*
- (8) Créé en 1980, il n'est accessible depuis 1990 que sous des conditions restrictives de titres.*
- (9) L'affichage imposé dans les salles d'attente n'a cependant que des effets limités.*
- (10) Dont les missions pourraient être définies à l'article L 1115-1 du code de la santé publique.*
- (11) Elle a également la possibilité d'agir sur les prescriptions, notamment par le biais des accords de bon usage des soins.*