

Politique de santé et assurance-maladie

Rapport de la Cour des comptes

Dans son rapport sur la Sécurité sociale publié en septembre 2000, la Cour des comptes consacre un chapitre à l'articulation entre la politique de santé et l'assurance-maladie.

Marc Duriez
Chargé de mission au HCSP

Les auteurs du rapport annuel de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale s'interrogent sur les impacts des spécificités structurelles du système français sur la conduite et le pilotage de la politique de santé.

La prise en compte des besoins de santé

Le centrage sur l'expression des besoins de santé, processus initié au début des années quatre-vingt-dix, a conduit à mettre en place un dispositif d'instances *ad hoc* destiné à élaborer des priorités nationales et régionales à partir desquelles le gouvernement émet, chaque année, ses propres priorités dans un rapport annexé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PFLSS).

L'accent est mis à ce propos sur le rôle pionnier du Haut Comité de la santé publique créé en 1991, dont les travaux alimentent le débat public, notamment par ses rapports périodiques, l'un sur la santé en France et l'autre à destination de la Conférence nationale de santé et du Parlement. Le dispositif a été complété par l'ordonnance du 24 avril 1996, créant la Conférence nationale de santé et les conférences régionales, ainsi que par la tenue des États généraux de la santé en 1998-1999.

Le bilan du dispositif est jugé globalement positif. Cependant après quelques années de mise en œuvre une clarification s'impose. Une articulation plus explicite entre les instances régionales et nationales et une liaison plus opérationnelle avec le

rapport annexé à la loi de financement sont à rechercher.

La Cour recommande une liaison plus claire entre la direction générale de la Santé, L'Institut de veille sanitaire (InVS), la direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) et le HCSP afin de mieux départager ce qui relève de l'analyse descriptive. Cette dernière pourrait être confiée à l'InVS et la Drees, et ce qui relève de la tâche de propositions et d'évaluation au Haut Comité.

Les liens entretenus par la Conférence nationale de santé avec les conférences régionales sont jugés trop formels. Son positionnement vis-à-vis du HCSP et des conférences régionales de santé devrait être précisé. La Conférence nationale, par ailleurs, a du mal à intégrer le volet financier qui devrait être associé à ses propositions de santé publique.

La mise en œuvre de chaque priorité régionale doit s'inscrire dans un programme régional de santé et s'appuyer sur une évaluation de son articulation avec l'application régionale des priorités nationales.

Dans le prolongement de la rationalisation des priorités, un débat parlementaire sur la politique de santé dans un cadre pluriannuel, dégagé de la périodicité de la loi de financement, présenterait un intérêt majeur pour les réflexions menées dans le cadre du dispositif actuel.

Les priorités du gouvernement sont définies à partir de ses objectifs politiques, de l'expertise de l'administration et des recommandations des instances de défi-

dition des priorités (Haut Comité, conférences de santé). L'impact de ces dernières pourrait être mesuré dans le cadre de cette procédure et du débat parlementaire.

Le rapport annexé, en effet, ne présente que des orientations et objectifs, et n'a en fait aucune valeur normative (confirmé par la décision du Conseil d'État du 5 mars 1999). Le non-respect de ses engagements ne peut être juridiquement sanctionné.

Il demeure difficile de faire du débat parlementaire sur la loi de financement le point de départ d'une politique de santé publique. Son but consiste essentiellement à fixer des objectifs de dépenses et à prendre des mesures à caractère financier. Le débat parlementaire sur la santé publique est pourtant indispensable.

Le pilotage de la politique de santé

Le pilotage de la politique de santé s'appuie sur les agences sanitaires créées récemment, établissements publics nationaux sous tutelle du ministère de la Santé.

L'orientation de ce pilotage va dans le sens d'une séparation entre l'expertise, exprimée par le dispositif d'agences sanitaires, et le pouvoir de décision de la tutelle. Elle implique, pour la direction générale de la Santé, de substituer à une tutelle classique une tutelle stratégique allant de pair avec un engagement scientifique et technique.

La Cour insiste sur la nécessité d'une amélioration de la circulation des informations. Actuellement, les relations entre DGS et agences sont organisées par des comités de liaison, instances de coordination entre agences et bureaux de la DGS.

Une coordination plus générale est assurée par un coordonnateur d'agences, le directeur général de la Santé et le Comité national de la sécurité sanitaire. Cependant, l'insuffisance de vision stratégique que stigmatise la Cour se traduit par une lenteur préjudiciable du rythme d'élaboration des contrats d'objectifs et de moyens. Le renforcement des compétences autour de la DGS et la mise en œuvre de son nouvel organigramme pourront aider au développement d'une telle stratégie.

L'organisation régionale s'articule difficilement entre les divers organismes : agences régionales de l'hospitalisation (ARH), directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass), caisses

régionales d'assurance-maladie (Cram) unions régionales d'assurance-maladie (Urcam), unions régionales des médecins libéraux (URML), du fait de la dualité de références instituée dans le système de santé français : tutelle de l'État sur les hôpitaux et prise en charge de la médecine de ville par l'assurance-maladie. Le niveau régional n'acquerra l'harmonie de son développement et l'efficacité de son opérationnalité que par l'acquisition d'une « culture commune » et surtout par la promotion d'un « dialogue ». La Cour recommande de prendre toutes dispositions, de développer toutes études et programmations au niveau régional susceptibles d'atténuer la dichotomie entre ville et hôpital. L'objectif ne manquera pas, cependant, de se heurter à des obstacles institutionnels importants.

Le rapport souligne l'insuffisante coordination des agences régionales de l'hospitalisation afin d'obtenir une meilleure harmonisation entre les différentes démarches de programmation régionales. Une validation au niveau national de méthodes expérimentées avec succès dans certaines régions est très souhaitable. En matière d'information, la mise à jour des fichiers des établissements et le contrôle de qualité des données produites, ainsi que la mise en place d'un chaînage des séjours décrits par le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) constituent des objectifs primordiaux.

Intégrant les priorités de santé publique, les schémas régionaux d'organisation sanitaire (Sros) adoptés dans les années 1999 à 2000 se démarquent des Sros de « première génération » par une démarche plus qualitative. La définition d'orientations centrées sur les besoins de la population et les pathologies se substitue, en partie, aux opérations de recomposition du tissu hospitalier. Les Sros prévoient une meilleure articulation et une plus grande coopération entre hôpital et médecine ambulatoire, mais les ARH ne disposent d'aucune compétence à l'égard de cette dernière.

Les Drass assurent désormais leurs missions en matière d'hospitalisation, pour les ARH : suivi de la dotation régionale, préparation des décisions d'autorisation, suivi du PMSI, suivi des effectifs de médecins hospitaliers. Le partage des tâches du personnel entre les directives des ARH et leur subordination au directeur régional

ou départemental des affaires sanitaires et sociales ne contribue pas à l'efficacité. La prochaine restructuration des services déconcentrés en liaison avec la réorganisation de l'administration centrale devrait apporter une amélioration.

Si les Cram ont vu leur rôle valorisé par la création des ARH, l'organisation mise en place pour assurer une collaboration est jugée trop lourde et la légitimité de leur action peu claire (les présidents de caisse ne siègent pas au conseil d'administration des ARH). Le fait que les Cram participent aux ARH et juridiquement ne participent pas aux Urcam constitue une situation sur le bien-fondé de laquelle la Cour s'interroge.

Les Urcam n'ont pas, actuellement, de moyens d'action pour exercer une pleine responsabilité en matière de gestion du risque et agir sur l'offre de soins ambulatoires. Les moyens de contractualisation attribués aux caisses d'assurance-maladie par la loi de financement 2000 devraient offrir une ouverture. Un niveau régional unique, responsable de la gestion du risque, devrait permettre de réaffirmer la mission de coordination régionale inter-régimes des Urcam.

Les URML souffrent actuellement d'une définition insuffisante de leur place dans le paysage institutionnel. Les relations sont « courtoises » avec les ARH, mais cependant « distantes ». Celles entretenues avec les Urcam sont jugées trop institutionnelles, trop « assurance-maladie », et insuffisamment « médicales ».

Le développement d'une politique de santé fondée sur la définition des priorités et objectifs basés sur des critères médico-économiques a incité la Cour à tenter d'apprécier la politique mise en œuvre pour une pathologie particulière, en l'occurrence la lutte contre le cancer. L'approche de la santé par pathologie est récente, elle se démarque de celle adoptée antérieurement par la DGS qui raisonnait en termes de population.

Développer et harmoniser les outils

L'analyse de la Cour porte également sur un examen critique des outils d'élaboration des programmes et de mise en œuvre d'une politique de santé ainsi que sur les rôles respectifs des intervenants : État, assurance-maladie, professionnels de santé et secteur associatif.

Dans ses recommandations, la Cour préconise de développer une politique de registres permettant de disposer d'un échantillon de populations représentatif, d'accroître les moyens et de contractualiser les axes de recherche à moyen terme.

Les facteurs explicatifs de variation des taux de survie et de qualité de vie en fonction des filières suivies, des modes de prise en charge et de stratégie thérapeutique doivent être analysés dans le cadre d'une évaluation du système de soins.

Enfin l'accent est placé sur les instruments nécessaires à mettre en œuvre : codage par pathologie de l'activité de ville, développement des comptabilités analytiques à l'hôpital, amélioration du PMSI, centralisation et exploitation des résultats en termes de coûts.

Le rapport s'interroge enfin sur les politiques conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance-maladie.

Les conventions ont évolué dans leur contenu. La Cour rappelle qu'elles constituent « une participation des professionnels libéraux à l'exécution du service public de la Sécurité sociale et les associe à sa définition ». Désormais elles intègrent des dispositifs de régulation du système de soins et des dépenses qu'il induit et de rationalisation des pratiques individuelles.

Force est de constater que l'impact sur la maîtrise des dépenses et sur les pratiques a été relatif. La Cour estime qu'une réforme de fond est indispensable.

L'impératif d'une participation maximale des professionnels à la logique de tarification servant de base au remboursement a été globalement assuré au cours des dernières années. Cependant il faut remarquer que cette adhésion n'a été obtenue, à certaines époques, qu'en aménageant une dissociation entre le prix et le remboursement, et de façon générale en opérant une distinction entre les niveaux de rémunération des généralistes et des spécialistes ce qui a induit une offre de soins de spécialistes relativement forte.

Dans la pratique, la régulation des volumes prévue dans le volet maîtrise des dépenses de santé n'a pas eu de résultats efficaces. Les dispositions d'objectifs opposables n'ont pas réussi à s'imposer et se sont heurtées à des questions d'inconstitutionnalité, notamment en matière de sanctions. La Cour préconise de reconsidérer le champ actuel des conven-

tions de manière à mieux séparer ce qui est réglementaire et ce qui est contractuel afin de ne pas cumuler les contraintes juridiques des deux types d'actes. Il est nécessaire de recentrer les conventions sur ce qui peut faire l'objet d'engagements précis, opérationnels et contrôlables.

Une redéfinition des rôles s'impose afin que soient clairement distingués les interventions des règles conventionnelles, la gestion du dispositif, le contrôle des pratiques déviantes et l'application des sanctions.

Un effort est à mener, en matière d'information sur l'impact des hausses tarifaires, de l'évolution du nombre d'actes et des effets de structure (nouvelles lettres clés, codification, structures des honoraires) sur les dépenses.

Le rapport de la Cour des comptes présente l'intérêt de mettre l'accent sur les spécificités de la régulation du système de santé français. Fortement axées sur une approche institutionnelle, les relations entre acteurs ont du mal à s'intégrer dans une conception globale de la gestion des activités. La démarche récente consistant à centrer la régulation sur des priorités élaborées à partir d'une connaissance et d'une évaluation de la demande en fonction des moyens disponibles trouve malheureusement ses limites dans le cadre d'une organisation par trop sectorisée. ■

Depuis peu le prix des médicaments et leur niveau de remboursement dépendent du service médical rendu. Cette notion introduit rationalité et mobilité dans la politique du médicament.

Norbert Nabet

Interne en santé publique

Avec 87,2 milliards de francs de chiffre d'affaires en 1999, l'industrie pharmaceutique trouve en France un marché particulièrement important qui profite en grande partie aux entreprises nationales, puisque la France est actuellement le premier pays européen producteur de médicaments. Or, avec le tabac et le livre, le médicament remboursable fait exception à l'ordonnance du 1^{er} décembre 1986 qui autorise une fixation libre des prix aux produits industriels. La stratégie des pouvoirs publics, qui régulent l'offre du marché en contrôlant l'admission au remboursement, le taux de prise en charge et la fixation des prix, est donc non seulement fondamentale en termes sanitaires mais également lourde de conséquences économiques et sociales. Quelles sont ces procédures, à quelles catégories de médicaments s'appliquent-elles, et *in fine*, quelles sont les conséquences concrètes de ces nouvelles méthodes de tarification et de remboursement ?

Un médicament peut, dès lors qu'il a reçu de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ou bien de la Communauté européenne l'autorisation de mise sur le marché (AMM), demander à s'inscrire sur l'une des deux listes