
Les réformes du système de santé et d'assurance-maladie en France

À partir de MISSÈGUE N., PEREIRA C., « Les déterminants de l'évolution des dépenses de santé », *Dossiers Solidarité et santé* n°1, janvier-mars 2005, pp. 61-83.

LES RÉFORMES HOSPITALIÈRES

1958 – Réforme Debré.

1970 – Création d'un service public hospitalier.

1974 – Mise en place de la carte sanitaire. Chaque région est découpée en secteurs, de taille suffisante pour l'installation d'un plateau technique minimum.

1978 – Budget global hospitalier qui remplace progressivement jusqu'en 1984 le financement au prix de journée pour les hôpitaux publics et participant au service public.

1989 – Mise en place du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) dans les établissements publics et privés participant au service de plus de 100 lits de court séjour. Extension en 1997 aux établissements privés de court séjour et en 1998 aux établissements de santé ayant une activité de soins de suite et de réadaptation.

1991 – Loi hospitalière qui crée une nouvelle catégorie d'établissements publics : les établissements de santé et les Schémas Régionaux d'Organisation sanitaire (SROS), outil de planification qualitative de l'offre de soins hospitaliers.

1996 – Plan Juppé :

Encadrement des dépenses d'assurance-maladie à travers l'ONDAM.

Réforme de l'hospitalisation publique et privée : régionalisation avec la création d'Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), accréditation des établissements et évaluation des services hospitaliers, contractualisation entre l'ARH et les structures hospitalières.

2003 – Loi de financement de la sécurité sociale : passage à la tarification à l'activité (T2A).

2008 – Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

LES RÉFORMES DE LA MÉDECINE DE VILLE

1960-1975 – Harmonisation des conditions de tarification des médecins libéraux.

1960 – fixation de plafonds de tarifs et trois motifs de dépassement (pour situation de fortune, pour exigence particulière du malade, pour notoriété du praticien).

1971 – première convention nationale entre les médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance-maladie : fixation des tarifs conventionnels et clauses strictes concernant la pratique des dépassements.

1977-1978 – Plan Veil : mise en place du *numerus clausus* pour les étudiants en médecine admis en 2^e année.

1980 – Convention entre les médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance-maladie qui conduit à la **mise en place du secteur conventionné à honoraires libres** (secteur 2).

1990 – Convention entre les médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance-maladie qui conduit à la **limitation de l'accès au secteur conventionné à honoraires libres** (secteur 2).

1994 – Maîtrise médicalisée des dépenses de santé :

Mise en place des Objectifs Quantifiés Nationaux qui visent à encadrer le montant des dépenses pour certaines catégories de soins (actes infirmiers, cliniques privées...).

Échec pour les honoraires et les prescriptions des médecins libéraux.

Références Médicales Opposables : guides de bonne pratique essentiellement sur les prescriptions.

1996 – Plan Juppé :

Encadrement des dépenses d'assurance-maladie à travers l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie).

Mécanismes d'encadrement des dépenses pour les honoraires et les prescriptions des médecins libéraux avec mécanismes de reversement (différents mécanismes proposés

mais pas d'application concrète).

Expérimentation des filières et des réseaux de soins.

1998 – Convention entre les généralistes libéraux et l'assurance maladie : principe du médecin référent.

1999 – Loi de financement de la sécurité sociale : création du Fonds d'Aide à la Qualité des soins de ville pour financer les expérimentations de réseaux.

2001 – Loi de modernisation sociale : réforme des études médicales transformant la médecine générale en spécialité à part entière.

2002 – Avenant à la convention des généralistes conditionnant la revalorisation des honoraires au respect d'engagements de bonnes pratiques (prescriptions en dénomination commune internationale ou génériques, diminution des visites non médicalement justifiées).

2004 – Loi portant réforme de l'assurance-maladie. Mise en place du médecin traitant et du parcours de soins pour les patients

LES PRINCIPALES RÉFORMES CONCERNANT LES ASSURÉS SOCIAUX

1960-1978 – Généralisation et harmonisation de l'assurance-maladie.

1961 – Assurance maladie et maternité pour les exploitants agricoles.

1966 – Assurance maladie pour les non salariés non agricoles.

1967 – Mise en place de l'assurance volontaire pour les personnes non couvertes.

1978 – Loi instituant la généralisation de l'assurance-maladie soit par affiliation à un régime obligatoire soit par l'assurance personnelle.

1960-1975 – Harmonisation des conditions de tarification des médecins libéraux.

1960 – Fixation de plafonds de tarifs et trois motifs de dépassement (pour situation de fortune, pour exigence particulière du malade, pour notoriété du praticien).

1971 – Première convention nationale entre les médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance-maladie : fixation des tarifs conventionnels et clauses strictes concernant la pratique des dépassements.

1976 – **Plan Barre** : différentes mesures visant à limiter la demande de soins,

suppression du remboursement à 70% de certaines spécialités pharmaceutiques, instauration d'un forfait hospitalier sur les frais de transport.

1977 – Plan Veil : hausse du ticket modérateur sur les médicaments dits de confort, en contrepartie passage à 100% de remboursement pour les médicaments remboursés.

1980 – Convention entre les médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance-maladie qui conduit à la **mise en place du secteur conventionné à honoraires libres** (secteur 2).

1982 – Plan Bérégovoy : création du forfait hôtelier à l'hôpital, moindre remboursement de certains médicaments, absence de revalorisation des indemnités journalières.

1985 – Plan Dufoix : réduction du remboursement de 379 produits pharmaceutiques.

1987 – Plan Séguin : extension et révision de la liste des 25 maladies qui permettent de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur (TM), exonération du TM réservé à la seule maladie exonérante, modification du calcul des indemnités journalières, augmentation forfait journalier hospitalier.

1988 – Plan Évin : différentes mesures d'exonération du TM (pour les affections de longue durée « hors liste », pour polyopathie, certains médicaments pour certains malades).

1990 – Convention entre les médecins libéraux et les trois principaux régimes d'assurance-maladie qui conduit à la **limitation de l'accès au secteur conventionné à honoraires libres** (secteur 2).

1991 – Plan Bianco : hausse du forfait hospitalier.

1993 – Plan Veil : réduction généralisée des taux de remboursement, hausse du forfait hospitalier, ordonnancier bizona pour les malades en affection de longue durée (ALD).

1996 – Plan Juppé : hausse du forfait hospitalier.

1998 – Convention entre les généralistes libéraux et l'assurance maladie : principe du médecin référent et promotion des médicaments génériques.

1999 – Droit de substitution accordé aux pharmaciens.

2000 – Loi de financement de la sécurité sociale: entrée en vigueur de la Couverture maladie Universelle au 1^{er} janvier.

2002 – Loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.

2004 – Loi portant réforme de l'assurance-maladie : création du médecin traitant et du parcours de soins pour les patients (s'il consulte un autre médecin sans avoir été orienté par son médecin traitant, le patient est moins remboursé par la sécurité sociale, 60% au lieu de 70%), participation forfaitaire de 1 euro sur chaque consultation, renforcement des contrôles des arrêts de travail.

Création d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), dénommée également « crédit d'impôt ». Elle est destinée aux personnes dont les ressources n'excèdent pas plus de 20% du plafond de ressources pour bénéficier de la Couverture Complémentaire Universelle Complémentaire (CMU-C). Elle varie en fonction de l'âge et du nombre de personnes du ménage. L'ACS est financée par une contribution des organismes de couverture santé complémentaire.

2006 – Loi de financement de la sécurité sociale : participation de 18 euros pour tout acte médical supérieur à 91 euros.

2008 – Loi de financement de la sécurité sociale : instauration des franchises médicales.

LA CRÉATION DE LA CMU ET DE LA CMU-C EN 2000

La baisse de la part du financement socialisé dans le financement des dépenses de soins et de biens médicaux sur toute la période a soulevé les risques d'exclusion de certaines catégories de personnes de l'accès aux soins, avec des problèmes d'inégalités de recours aux soins et dans les sommes déboursées.

Ceci renvoie également à la question de l'efficacité des régulations sur la demande par l'augmentation de la charge financière restant aux malades.

Pour pallier les difficultés d'accès aux soins de certaines catégories de population, a été mise en place la CMU (couverture maladie universelle) en janvier 2000 – au nom trompeur – qui est une version très réduite d'un système d'assurance-maladie universelle, et un volet complémentaire à la CMU (la CMUC) qui propose une couverture complémentaire gratuite aux personnes dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. Au moment du vote de la loi, la population concernée par ce dispositif de couverture complémentaire gratuite était estimée entre 5,5 millions et 6

millions. Aujourd'hui, la population qui en bénéficie est d'environ 4,7 millions de personnes, témoignant d'un phénomène de non-recours non négligeable.

L'Aide à la complémentaire santé (ACS) concerne les personnes dont les ressources ne dépassent pas de 20% le seuil de ressources d'éligibilité à la CMUC. Deux millions de personnes étaient visées par le dispositif mis en place au 1^{er} janvier 2005. Un an après, 10% de la population cible bénéficiait du dispositif (Franc, Perronnin, 2007) et en 2007, 25% de la population cible.