

# La loi du 13 août 2004 réformant l'Assurance maladie plus de dix ans après

> adsp n° 53

**La loi réformant l'Assurance maladie en 2004 a été une loi « socle » visant à mettre en place les outils permettant de remédier à ses déficits budgétaires, mais aussi en améliorant l'offre de soins, la maîtrise médicalisée et la gouvernance. Cette loi, dont un bilan est présenté ici, sera suivie de deux autres : la loi hôpital, santé et territoires en 2009 et la loi de modernisation du système de santé en janvier 2016.**

## Dominique Bertrand

Professeur des universités, médecin de santé publique, université Paris 7 Denis-Diderot, université Sorbonne Paris-Cité

## Philippe Marin

Directeur d'hôpital, École des hautes études en santé publique, université Sorbonne Paris-Cité

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie a été élaborée dans un contexte de déséquilibre budgétaire très important de l'Assurance maladie. Cette loi contient pourtant d'autres dispositions d'importance et constitue à ce titre une loi « socle ».

Dans la période 1998-2001, la croissance économique française, inhabituellement élevée, avait permis d'équilibrer les recettes et les dépenses, mais son affaiblissement, combiné avec l'insuffisante maîtrise des dépenses, exigeait de remédier à cette situation ; le déficit des comptes de l'Assurance maladie se situait en 2003 et 2004 à plus de 11 milliards d'euros annuels.

Un rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie, dès janvier 2004, proposait des pistes. Il a servi à élaborer la loi qui a été structurée sur trois piliers :

- l'amélioration de l'offre de soins et de la maîtrise médicalisée,

- la nouvelle gouvernance pour l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie,
- des mesures complémentaires relatives au financement de l'Assurance maladie.

Ces axes correspondaient à une volonté d'efficacité et de meilleure efficience des dépenses de soins, d'une meilleure organisation du système de soins, aussi bien pour l'accès physique que pour l'accès financier ; cela se traduisit aussi par une modification de la gouvernance de l'Assurance maladie. L'impact financier de cette loi portait essentiellement sur les dépenses, les législateurs estimant que la responsabilisation de l'ensemble des acteurs, administration, producteurs et consommateurs, était insuffisante. Les recettes nouvelles ne gageaient qu'un tiers des objectifs financiers.

Ce bilan, treize ans après, n'a pas pour but d'être exhaustif mais de rappeler les grands principes et d'évoquer les réussites des objectifs initiaux, ainsi que les retards enregistrés sur quelques objectifs.

# Le parcours de soins coordonnés et la maîtrise des dépenses en santé

La loi de 2004 avait pour cible une utilisation efficiente des ressources, en évitant des soins inutiles ou redondants.

## Le dossier médical partagé et la réponse aux besoins de santé pris en charge

La pierre angulaire d'une meilleure coordination de l'organisation des soins délivrés aux patients reposait sur la création du dossier médical personnel (art. L. 161-36-1 CSS transf. loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009). Il s'agissait de « favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé » et de créer un « dossier médical personnel constitué de l'ensemble des données [...], notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins ». Ce dossier médical personnel (DMP) comportait dès l'origine un volet relatif à la prévention. C'était innovant à l'époque compte tenu du modèle très « curatif » sur lequel notre système de santé s'était développé jusqu'alors.

Le DMP répondait à deux préoccupations traduites dans la loi et dans ses développements ultérieurs : les questions relatives à la consultation du DMP par le patient et celles de son accès, interdit au médecin du travail ou à un tiers. Sur le plan du pilotage, l'approbation de la convention constitutive d'un groupement d'intérêt public, « groupement de préfiguration du dossier médical personnel », est intervenue le 11 avril 2005.

Après l'échec patent lors du lancement du DMP, celui-ci est déployé sans grand succès à partir de 2011. La Cour des comptes estimait dès 2012 dans un rapport qu'à la « mi-juin 2012, 158 000 DMP étaient ouverts ». La première partie du rapport estimait le coût de revient total du DMP entre 2004 et fin 2011 à 210 milliards d'euros (au minimum), tout en soulignant le caractère très incomplet des données régionales recueillies. 25 % des crédits attribués avaient été engagés dans le cadre d'expérimentations qui ont permis de clarifier les problèmes juridiques, organisationnels et techniques, sans toutefois contribuer à la généralisation du DMP.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (LMSS) a transformé le dossier médical « personnel » en dossier médical « partagé ». Il ne s'agit pas uniquement d'un changement sémantique, mais au contraire de l'affichage très clair des objectifs désormais dévolus au dossier médical, accompagnés d'un changement de pilote, l'Assurance maladie, dans son déploiement.

Partant du constat de ses insuffisances et dans un objectif d'amélioration de la coordination des soins, la LMSS lui a par là-même attribué un nouveau cadre juridique. Le DMP est un dossier informatisé contenant des informations personnelles de santé, alimenté par les professionnels de santé et stocké chez un hébergeur

de données de santé à caractère personnel, agréé par le ministère en charge de la santé. Le respect de la vie privée et du secret médical doivent être garantis dans le cadre du dispositif législatif. Par ailleurs nous rappellerons que la tenue du DMP est soumise à l'accord préalable et exprès des intéressés et ne présente donc pas un caractère obligatoire.

Le DMP est défini comme un « dossier médical numérique destiné à favoriser la prévention, la qualité, la continuité et la prise en charge coordonnée des soins des patients » (Art. R. 1111-26 CSP). Il ne se substitue pas au dossier que doit tenir chaque établissement ou professionnel de santé. « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est responsable de traitement au sens de l'article 3 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés » (Art. R. 1111-27 CSP, décret n° 2016-914 du 4 juillet 2016). C'est l'Assurance maladie, et non plus l'Agence des systèmes d'informations partagées en santé (Asip Santé) qui est désormais maître d'œuvre du DMP.

Le DMP était vraisemblablement trop ambitieux pour constituer une réussite immédiate, pourtant son déploiement efficient comptait pour beaucoup dans les objectifs financiers de la réforme, et une éthique s'était imposée pour son utilisation. Sa construction et son utilisation ont fait l'objet d'après discussions avec les acteurs qui pouvaient y avoir accès en fonction de leurs besoins, avec l'accord de la transmission par le patient. Celui-ci pouvait déclarer à son médecin des informations personnelles qui pouvaient rester inconnues des autres professionnels.

## Le médecin traitant

Un médecin est maintenant choisi par le patient pour la coordination de soins, le suivi médical, et la gestion de données médicales (art. L. 162-5-3 CSS). C'est le « conseiller professionnel » majeur pour l'information du patient et son orientation dans le système de santé. Son choix est libre, entre majoritairement le médecin de famille, ou un médecin spécialiste si le patient est atteint d'une pathologie particulière ne nécessitant qu'un faible recours à d'autres soins. Cette liberté a perduré même si le médecin généraliste est la règle. Le taux de couverture pour un médecin traitant est actuellement supérieur à 90 %. Le médecin choisi établit pour les ALD un protocole de soins avec les autres professionnels concernés, qui est remboursé à 100 %. Il assure une prévention aussi bien sur les actes de vaccination que sur les comportements à risque personnels de l'individu.

L'Assurance maladie, souhaitant l'adhésion à ce dispositif, a renforcé le rôle pivot du médecin traitant : c'est lui qui adresse le patient à un autre professionnel.

L'absence de médecin traitant, ou le souhait de consulter sans cette orientation préalable, reste possible, mais elle entraîne une pénalité dans le remboursement. Actuellement, le remboursement est limité à 30 % du tarif de la consultation des médecins, mais l'indication du médecin traitant peut être déclarative par le patient.

Les situations particulières de dérogation ont été précisées pour correspondre à une réalité pragmatique sans obérer pour autant le principe. L'élargissement des consultations sans référence au médecin traitant concerne la gynécologie, l'ophtalmologie, la psychiatrie pour les personnes entre 15 et 25 ans et la stomatologie, pour des actes définis pour chacune de ces spécialités en 2017. Enfin ce dispositif a été complété par la LMSS du 26 janvier 2016. Les exceptions au parcours de soins coordonné ont été d'emblée indiquées : accès aux chirurgiens-dentistes, aux pharmaciens, aux laboratoires, aux transports sanitaires, aux auxiliaires médicaux...

La loi HPST du 21 juillet 2009 complétée par la LMSS parachève cette évolution en définissant juridiquement dans le CSP (art. L. 4130-1 CSP) la fonction du « *médecin généraliste de premier recours* » (loi HPST) et du « *médecin spécialiste de premier ou de deuxième recours* » (loi LMSS). Ces dispositions placent l'accessibilité des soins de premier recours au cœur des priorités de la politique de santé dans le prolongement direct de la loi du 13 août 2004, en valorisant notamment l'entrée dans le parcours de soins par la médecine de ville. Le premier recours contribue à l'offre de soins ambulatoire en s'appuyant sur la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi, mais aussi sur l'éducation pour la santé.

### Les affections de longue durée

La liste des ALD est modifiée en 2004, la lèpre est retirée et la maladie d'Alzheimer et autres démences sont rajoutées ; ce qui ne changeait pas, d'ailleurs, la prise en charge de ces pathologies de toute façon remboursées dans le cadre des pathologies définies comme « *coûteuses* ». Le rôle du protocole de soins est sensiblement amélioré sur le diagnostic et le projet thérapeutique ; il devient presque un « contrat » liant également le patient qui le signe. Les professionnels de soins doivent appliquer les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

### La coordination ville-hôpital

En 2004, la création de missions régionales de santé (MRS), regroupant les agences régionales d'hospitalisation (ARH) et l'union régionale des caisses d'assurance maladie (Urcam), marque la volonté de mieux organiser l'offre de soins régionale et d'améliorer la coordination entre le secteur ambulatoire et les établissements hospitaliers.

Les zones que l'on indique maintenant sous le terme de « *sous-dotées* » peuvent bénéficier d'aides diverses aussi bien pour l'installation d'un médecin, d'un centre de santé que pour l'organisation de la permanence des soins ou le développement de réseaux.

Les études de la Drees, établies avant la loi, pré-

voyaient une réduction du nombre de médecins de l'ordre de 15 000. En effet, le *numerus clausus* a diminué jusqu'au point bas de 1994 et a entraîné une baisse des inscriptions au tableau de l'Ordre, mais la venue des médecins étrangers à diplôme UE et hors UE est venue aussi contrebalancer les départs à la retraite.

Si les exigences d'une meilleure répartition territoriale des médecins s'avèrent importantes en 2004, les réponses seront constituées pour la décennie à venir par des aides protéiformes. Ainsi est intervenue la création de contrats d'engagement de service public (CESP, aides financières pendant les études avec une installation et une spécialité acceptée par les tutelles pour une durée équivalente après l'obtention du doctorat). Les dispositifs du praticien territorial de médecine générale (PTMG) et du praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) sont également inscrits dans le cadre du pacte territoire et santé. Le dispositif des MRS disparaît de fait puisque les agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont transformées en agences régionales de santé (ARS), ce qui supprime notamment l'Urcam.

### La qualité des soins

#### La création de la Haute Autorité de santé

La loi du 13 août 2004 a créé la HAS, sous le régime juridique d'une autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale. Elle est dirigée par un Collège dont les membres étaient désignés en fonction d'un mécanisme qui a été modifié au regard du dispositif originel. Désormais, le président du Collège est désigné par le président de la République et les autres membres par les ministres chargés de la sécurité sociale, par les présidents de l'Assemblée nationale, du Sénat et du Conseil économique, social et environnemental (Cese). Ces nominations doivent respecter un principe de parité homme-femme en dehors du président du Collège, et les membres sont choisis en raison de leur expertise et de leur expérience.

La HAS est désormais régie par un ensemble de dispositions relevant de la loi organique du 20 janvier 2017, de la loi du même jour portant statut général des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes, et de l'ordonnance du 26 janvier 2017. La HAS en tant qu'autorité publique indépendante contribue à la régulation du système de santé par la qualité. Ses missions peuvent être regroupées en deux couples de fonctions principales : évaluation-recommandation et accréditation-certification.

La création de la HAS constitue un incontestable succès parce qu'elle a permis la diffusion et le développement de l'évaluation en médecine. Son statut dès l'origine lui a garanti à la fois une existence juridique en tant que personne morale de droit public et une indépendance scientifique et décisionnelle incontestable.

#### La formation médicale continue

La question de la formation médicale continue n'est pas envisagée par la loi de 2004, mais la qualité de soins

## L'organisation de la Sécurité sociale

Le deuxième grand volet de la loi du 13 août 2004 contient les éléments essentiels suivants en ce qui concerne les régimes d'assurance maladie.

- Tout d'abord, le pilotage de l'Assurance maladie se fait sous l'égide de la Cnamts (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) ; l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) consacre le rôle prépondérant dévolu au régime général, même si un équilibre entre les trois grands régimes est respecté au conseil d'administration. Les organisations syndicales et patronales y sont représentées.

- Cet ensemble persiste même s'il est envisagé que le régime « *des indépendants* » subisse des modifications très importantes.

- Ensuite, la Cnamts est renommée l'Assurance maladie, alors

même que tous les régimes ont une branche assurance maladie.

- Enfin, les pouvoirs de l'Assurance maladie et de l'Uncam sont renforcés de façon importante à tous les niveaux :

- ◆ relations conventionnelles avec toutes les professions, y compris pour la gestion de la nomenclature des actes professionnels ;

- ◆ représentation au Conseil de l'hospitalisation (création, art. L. 162-21-2 CSS) pour être associées à la politique hospitalière.

L'Assurance maladie est représentée par le directeur général de la Cnamts et le médecin national de la Mutualité sociale agricole (MSA). La connaissance du système de soins par le directeur général de la Cnamts lui permettra de jouer un rôle capital, même si l'Assurance maladie à un rôle simplement consultatif ;

- ◆ leur importance est également

réaffirmée dans le CEPS déjà cité, et dans d'autres instances.

Par ailleurs, la place de l'assurance maladie complémentaire est réaffirmée dans la prise en charge de la consommation de soins et biens médicaux. C'est un acteur reconnu dans les soins. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unoc) est installée au moins officiellement, regroupant mutuelles, assurances privées et associations de prévoyance. Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est proposée pour les personnes à faible revenu, de façon à faire bénéficier la population dans son ensemble d'une complémentaire, en plus de l'assurance maladie obligatoire. En 2015, les employeurs devaient proposer une assurance complémentaire, dispositif qui est renforcé par la LMSS du 26 janvier 2016. ■

se passe simultanément par la formation et l'évaluation des pratiques professionnelles dès 2005.

L'évaluation individuelle émerge, elle devait être réalisée par des médecins habilités ou par des organismes agréés ; avec le temps, c'est plutôt dans le cadre d'une accréditation des équipes que ces mesures trouveront leur place. Le « *groupe de pairs* » sera légitimé par cette disposition en médecine libérale.

Le contrat d'amélioration de pratiques individuelles (Capi), créé en 2009 par l'Assurance maladie, est transformé en rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp). Le Capi s'apparente à l'évaluation, puisqu'il apporte un complément de rémunération aux médecins libéraux, tout d'abord généralistes, puis cardiologues et gastro-entérologues. La Rosp valorise l'atteinte d'objectifs dans les soins, par exemple dans le suivi de pathologies chroniques (le patient bénéficie-t-il de tous les soins attendus?), du taux de vaccination antigrippale pour les personnes de plus de 65 ans, de certains dépistages, du taux de prescription de génériques... On notera que la nouvelle convention signée fin 2016 renforce ce dispositif en améliorant sa réactivité et en faisant évoluer les indicateurs couvrant l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale, conformément aux recommandations médicales.

### La responsabilisation du patient

Une contribution forfaitaire sur les soins médicaux et les actes de soins est créée par la loi de 2004. Elle est fixée à 1 euro dans la limite d'un plafond annuel de 50 euros afin de responsabiliser les malades dans leurs demandes. C'était initialement aussi le rôle du ticket modérateur, instauré soixante ans auparavant.

Ce dispositif sera enrichi puis modifié mais il conserve actuellement une participation forfaitaire avec un plafond journalier pour les consultations, les actes de radiologie et de biologie, avec de nombreuses exclusions de prestations ou de bénéficiaires... Le forfait hospitalier est conservé pour les hôpitaux, les cliniques, et les services de psychiatrie.

### La carte Sesam-Vitale

La toute première version de la carte Sesam-Vitale (carte Vitale 1, diffusée à partir de 1998) était attribuée à chaque assuré social. Elle contenait les données administratives relatives à l'assuré ouvrant droit et aux bénéficiaires ayants droit : conjoint, enfants, etc. Depuis juin 2001, une carte Vitale dite « *personnelle* » est diffusée à tous les ayants droit de 16 ans et plus, qui contient les mêmes informations et possède le même

aspect. La carte Vitale personnelle reprend le NIR de l'ouvrant droit dont dépend son porteur.

Depuis 2007, une nouvelle carte Vitale 2 remplace progressivement les anciennes cartes. Elle remplit toujours les mêmes fonctions, mais elle a été conçue pour intégrer facilement de nouvelles données à caractère médical, tel le groupe sanguin, ou administratif, comme le nom du médecin traitant. Elle intègre de nouveaux services comme l'accès au dossier médical personnel, etc. Son niveau de sécurité a par ailleurs été renforcé pour se rapprocher des standards relatifs aux cartes bancaires. Ainsi les données confidentielles ne seront accessibles qu'aux professionnels de santé identifiés.

La carte Sesam-Vitale commencée dès 1998 a connu des développements importants à compter de la loi du 13 août 2004. Elle est venue traduire la place du médecin traitant abordée ci-dessus.

#### L'activité pharmaceutique, mieux encadrée

La loi du 13 août 2004 a créé une Charte de la visite médicale qui s'impose aux laboratoires. Cette charte a été signée entre les entreprises du médicament, représentées par le Leem (Les Entreprises du médicament, organisme professionnel regroupant aujourd'hui plus de 260 entreprises adhérentes, réalisant près de 98 % du chiffre d'affaires total du médicament en France), et le Comité économique des produits de santé (CEPS) au nom de l'État, le 22 décembre 2004. Elle vise à encadrer de façon précise les pratiques commerciales

et promotionnelles qui pourraient s'opposer à la qualité des soins.

Par ailleurs, la loi de 2004 avait prévu, sur la base de cette charte, la définition d'une procédure de certification de l'activité de promotion par la HAS. Suite à l'actualisation de la charte en 2014, la HAS a mis à jour son référentiel en mars 2016 et en avril 2017. Il décrit l'organisation à mettre en place par les laboratoires dans le cadre du démarchage tant en ville, cabinets, dispensaires, pharmacies..., qu'en établissements de santé. Il s'agit de définir les conditions pratiques et de garantir le respect de la charte en matière de promotion des médicaments.

D'une façon plus générale, le principe des accords de bon usage du médicament, déjà en place à l'égard de la médecine de ville, est étendu par la loi aux établissements de santé (art. L. 162-22-7 CSS, loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), sur la base d'un contrat visant à inciter au bon usage des soins et à l'amélioration des pratiques hospitalières de prescription (décret n° 2005-1023 du 24 août 2005). Ce dispositif contractuel est décliné au niveau local en application d'accords-cadres nationaux tripartites.

Par ailleurs, la loi du 13 août 2004 était venue renforcer la sécurité sanitaire du médicament, sujet qui a fait l'objet de développements dans la loi du 29 décembre 2011 (art. L. 162-4-2 CSS), qui a notamment rajouté l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (l'ANSM, antérieurement Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé).

## Les aspects budgétaires de l'Assurance maladie

Les recettes nouvelles prévues dans le cadre de la loi du 13 août 2004 ne représentaient, nous l'avons dit, qu'un tiers du rétablissement de l'équilibre global, mais ces nouvelles recettes sont d'effet immédiat.

#### Les mesures prises

- Réduction de l'abattement sur l'assiette des salaires : la contribution sociale générale (CSG) était auparavant calculée sur 95 % des salaires des ménages, elle l'est après la loi sur 97 %.
- Augmentation supplémentaire de la CSG sur les retraites et les pensions d'invalidité (+ 0,4 %).
- Augmentation des taxes sur les revenus du patrimoine et des placements.
- Contribution additionnelle de la contribution sociale de solidarité.
- Taxes sur les chiffres d'affaires des laboratoires pharmaceutiques.

Chaque mesure ne représente, hors celles affectant la CSG, que des gains complémentaires faibles. La garantie de recettes par une compensation intégrale par le budget de l'État des dispositifs d'exonération

de cotisations sociales, en particulier pour l'aide à l'emploi, était prévue. La Cour des comptes a souvent signalé que ce principe était loin d'être respecté de façon systématique.

#### L'évolution des dépenses de santé depuis 2005

Au sens de la « consommation des soins et biens médicaux » (CSBM, agrégat du Compte national de la santé mesurant l'utilisation des produits de soins par les ménages), l'évolution des dépenses a été maîtrisée jusqu'à maintenant, à peu près à 9 % du PIB. D'autres dépenses de l'Assurance maladie sont incluses dans l'agrégat « dépenses courantes de santé » (DCS) : les indemnités journalières, la maladie et les accidents du travail, les dépenses pour les personnes âgées et les personnes handicapées, la prise en charge de certaines cotisations sociales des professionnels de santé.

En 2005, la structure de financement de la CSBM comprenait quatre acteurs : l'Assurance maladie (76,8 %) ; les assurances complémentaires (13 %) ; les ménages (9 %) ; l'État et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (1,4 %). En 2015, les taux étaient

quasiment stables, les variations annuelles oscillant autour des valeurs de 2005. Cela n'implique pas pour autant l'absence de changements sur les taux de remboursement, en particulier pour les médicaments : certains étaient « déremboursés » alors que d'autres, indispensables et coûteux, étaient remboursés à 100 %.

### L'Ondam et le Comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie

L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), créé par les ordonnances de 1996 dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS), est un outil régulateur des dépenses d'assurance maladie. Il est voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la LFSS. Les sous-objectifs ont varié depuis 2005. Dans la LFSS 2017, l'Ondam est décomposé en six sous-objectifs : soins de ville, établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées, contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées, dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et autres prises en charge.

Le taux de l'Ondam est un indice regroupant des évaluations différentes de sous-objectifs à disposition de leur valeur. L'Ondam n'a pas été concordant par la suite avec la réalité, ce n'est qu'au début des années 2010 que le taux fixé par le Parlement a commencé à être respecté.

Le Comité d'alerte sur les dépenses d'assurance maladie (Cadam) a été créé par la loi du 13 août 2004 pour permettre d'alerter le Parlement, le gouvernement et les caisses d'assurance maladie lorsque les dépenses évoluent à un rythme supérieur à celui fixé par l'Ondam.

Le Cadam rend un avis chaque année autant de fois que nécessaire, c'est-à-dire plusieurs fois par an en cas de dépassement des objectifs provisionnels (le décret du 12 octobre 2004 a fixé ce seuil à 0,75 %), en analysant l'ensemble des éléments conjoncturels et structurels. Depuis que l'Ondam est réalisé, le Cadam se manifeste peu.

### Le déséquilibre financier de l'Assurance maladie

Le solde négatif de l'Assurance maladie a été réduit à 5,9 milliards d'euros en 2006, à 4,8 milliards d'euros en 2007, puis à 4,4 milliards d'euros en 2008. La récession économique a entraîné un nouveau déséquilibre important, de 10,6 milliards d'euros en 2009 et de 11,6 milliards d'euros en 2010 (mais le déficit de l'ensemble de la protection sociale a dépassé 30 milliards d'euros en 2010).

L'équilibre même de l'Assurance maladie dépend des recettes, elles-mêmes dépendantes de la croissance économique. Si les effets portant sur les dépenses sont incontestablement un objet majeur, les recettes le sont également. Globalement, après 2010, le solde négatif a progressivement diminué pour se stabiliser autour de 5 milliards d'euros.

Le coût de gestion des prestations ou des cotisations a été également soumis à des recherches d'efficacité. Le taux de 2015 est le plus bas, à 3,37 % (hors investissement).

### La Caisse d'amortissement de la dette sociale

Créée en 1996, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) prendra particulièrement en charge les déséquilibres financiers de l'Assurance maladie en 2005, en tant que gestionnaire du service de la dette sociale. La loi du 13 août 2004 a inscrit la reprise par la Cades du déficit antérieur cumulé (35 milliards d'euros fin 2004), et des déficits prévisionnels de 2005 et 2006, fixés à 15 milliards d'euros. Cet organisme a continué à être fortement mis à contribution lors de la crise économique de 2009, qui a impacté les années 2010 et 2011.

Les termes de « dette sociale » impliquent que le périmètre dépasse l'Assurance maladie. En 2017, 131,9 milliards d'euros concernent les dettes cumulées et 260,5 milliards d'euros ont été repris. La dette sociale est financée actuellement par 0,5 point de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS), 0,6 point de CSG et des versements en provenance du Fonds de répartition des retraites (FRR). Elle devrait être en extinction pour 2025.

## Conclusion

La loi du 13 août 2004 présentait une palette d'actions pour essayer de mieux encadrer et réguler les dépenses de l'Assurance maladie. L'ensemble des mesures a persisté parfois sous une autre forme, ou le plus souvent en accentuant certains traits du dispositif initial.

Le dossier médical personnel peut être considéré comme un échec de la loi du 13 août 2004 pour des raisons essentiellement liées à sa mise en œuvre complexe. Toutefois, après le mouvement lancé par la loi de 2004, ces dispositions se sont retrouvées toujours

inscrites dans les grandes réformes du système de santé, à l'instar de la LMSS du 26 janvier 2016.

Enfin, nous noterons un élément lié aux personnes : l'implication des dirigeants, qui a eu une action déterminante. Cela prouve, s'il en était besoin, que la parfaite connaissance de la loi et la détermination sans faille pour la mettre en œuvre constituent un gage de réussite pour la mise en place de la réforme de l'Assurance maladie initiée par la loi du 13 août 2004 et d'une façon plus générale pour l'ensemble des politiques publiques. ■