

N° 2657

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 octobre 2000.

PROPOSITION DE LOI

relative à la régionalisation du système de santé.

(Renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRESENTEE

PAR MM. JEAN-LUC PRÉEL, PHILIPPE DOUSTE-BLAZY, JEAN-PIERRE AMELIN, CLAUDE BIRRAUX, EMILE BLESSIG, Mme MARIE-THERÈSE BOISSEAU, MM. JEAN-LOUIS BORLOO, DOMINIQUE CAILLAUD, HERVE DE CHARETTE, JEAN-FRANÇOIS CHOSSY, PASCAL CLÉMENT, GEORGES COLOMBIER, CHARLES DE COURSON, MARC-PHILIPPE DAUBRESSE, FRANCK DHERSIN, DOMINIQUE DORD, CLAUDE GAILLARD, CLAUDE GATIGNOL, GERMAIN GENGENWIN, HUBERT GRIMAULT, PIERRE HERIAUD, Mme BERNADETTE ISAAC-SIBILLE, MM. HENRY JEAN-BAPTISTE, JEAN-JACQUES JEGOU, MAURICE LEROY, CHRISTIAN MARTIN, PIERRE MEHAIGNERIE, MICHEL MEYLAN, PIERRE MICAUX, HERVE MORIN, JEAN-MARIE MORISSET, ARTHUR PAECHT, BERNARD PERRUT, ANDRE SANTINI, JOËL SARLOT et MICHEL VOISIN,

Députés.

Santé.

EXPOSE DES MOTIFS

MESDAMES, MESSIEURS,

Notre système de santé est aujourd'hui à la croisée des chemins : clairement engagé vers l'étatisation, guetté par une tentation de privatisation et confronté à l'évolution européenne. Ce système, auquel la majorité de nos citoyens sont attachés, est – bien que relativement coûteux – plutôt performant. Aussi, si l'on veut maintenir en place les grands principes de son fonctionnement, il faut l'améliorer. Pour cela, il apparaît nécessaire d'assurer :

- une meilleure coordination des soins ambulatoires et hospitaliers, ce qui suppose une fongibilité des enveloppes budgétaires ;
- la mise en place d'une politique globale de prévention et d'éducation à la santé ;
- une amélioration de la qualité des soins avec une évolution des pratiques des professionnels de santé et la mise en œuvre d'une formation continue efficiente ;
- une exacte évaluation des besoins et une adéquation de l'offre de soins à ces besoins ;
- une remobilisation des professionnels de santé.

A quel niveau engager ces actions ?

La région apparaît être la plus adaptée.

En effet, la régionalisation en matière de santé n'est pas une idée nouvelle. Depuis 1982, date de mise en œuvre de la décentralisation générale, des structures régionales ont été créées, comme les comités régionaux d'organisation sanitaire et sociale. Ont ensuite été institués les observatoires régionaux de la santé et les unions régionales de médecins libéraux. La loi hospitalière a ensuite instauré, en 1991, les schémas régionaux d'organisation sanitaire et le dispositif a été complété en 1996 par la mise en place des conférences régionales de santé et des agences régionales de l'hospitalisation.

Plusieurs arguments plaident en faveur de la régionalisation du système de santé : proximité, équité et efficacité.

Proximité, parce que la régionalisation rendra possible une meilleure adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population. Il s'agira de mettre en œuvre une politique de santé de proximité en responsabilisant les différents acteurs.

Equité, parce que la régionalisation devrait permettre plus facilement de réduire les inégalités, notamment régionales, en matière de santé, de développer la prévention et l'éducation à la santé.

Efficacité, parce que la régionalisation facilitera la mise en place d'un système de santé plus souple et plus transversal. Actuellement, le système de soins français est très cloisonné, sans réelle passerelle entre la médecine de ville à l'hôpital, entre généralistes et spécialistes, secteur public et secteur privé... Ce cloisonnement n'a plus lieu d'être, dans la mesure où l'offre de soins a évolué dans le sens d'une approche globale du patient. Par exemple, la prise en charge des pathologies liées au vieillissement de la population ne peut se faire que dans le

cadre d'une médecine unifiée, où les distinctions hôpital-médecine de ville-secteur médico-social n'ont plus de réelle pertinence. Les expérimentations actuelles de réseaux de santé montrent le bien-fondé de l'échelon local pour la mise en œuvre de la politique de santé.

La régionalisation, sous quelle forme?

Pour le moment, elle ne s'est faite que par la voie de la déconcentration des services et des institutions.

Il nous semble qu'une véritable décentralisation doit être mise en place et à terme, il serait souhaitable que la santé devienne une compétence de la région, sauf pour les domaines relevant de la solidarité nationale.

Ce transfert de compétences ne pourra évidemment pas se faire du jour au lendemain. De nombreux obstacles doivent en effet être levés : absence de fongibilité entre le secteur hospitalier et la médecine de ville, réticences d'un grand nombre d'acteurs à coordonner leurs interventions... C'est pourquoi, le transfert de compétences prévu à l'article 1er de la présente proposition de loi ne pourra se faire, jusqu'au 31 décembre 2005, que sur la base de deux principes :

– volontariat des régions qui signeront des conventions avec l'Etat. Ce volontariat permettra aux autres régions de tirer les leçons des expériences réalisées ;

– progressivité du transfert qui portera d'abord sur des domaines déterminés : la prévention et l'éducation à la santé, la démographie médicale et la gestion des investissements en matière d'équipements sanitaires.

Ainsi, il est souhaitable de fixer au niveau régional les actions de prévention et d'éducation à la santé. Dans ce domaine, les résultats du système de santé français apparaissent médiocres. En raison de la multiplicité des intervenants (ministères, caisses, mutuelles, collectivités territoriales, associations...), il n'existe pas de politique pluriannuelle coordonnée prenant en compte les mortalités prématurées évitables. Les besoins doivent donc être recensés au niveau de chaque région, les actions de prévention coordonnées au niveau régional et les acteurs mobilisés sur le terrain. Il est donc indispensable d'insister sur le rôle fondamental joué en la matière par les observatoires régionaux de santé qui devront être dotés des moyens financiers appropriés.

L'action sur l'offre de soins est également un des domaines où la régionalisation peut être mise en œuvre efficacement : aujourd'hui, les régions sont compétentes en matière de formation professionnelle. Elles pourraient de la même manière assurer la responsabilité de la formation initiale et continue des médecins et professions paramédicales et, par voie de conséquence, elles seraient amenées à s'impliquer dans le problème fondamental de la régulation de la démographie des professions de santé.

Enfin, troisième domaine prioritaire de régionalisation, la région pourrait prendre en charge l'investissement sanitaire, de la même façon que la charge des lycées leur a été transférée. Les établissements de santé sont souvent en bon état, mais ont besoin de se moderniser, de s'adapter. Les régions, proches du terrain, semblent les mieux placées pour prendre les décisions de restructuration et d'investissement.

La présente proposition de loi dispose que le financement des transferts de compétences se fasse par le transfert d'une partie de la contribution sociale généralisée ainsi que par la création d'une enveloppe régionale fixée en fonction d'objectifs régionaux pour les dépenses publiques comme cela se fait aujourd'hui au niveau national par le vote sur l'ONDAM lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale.

La régionalisation ne pourra pas se faire à institutions constantes. C'est pourquoi l'article 2 de la présente proposition de loi prévoit, dans un premier temps, de rénover les conférences régionales de santé. Aujourd'hui, leur fonctionnement ne donne pas satisfaction : il y a un net problème de représentativité; le travail ne peut pas être fait en profondeur; la réunion annuelle s'apparente plus à une grand-messe annuelle qu'à un débat véritable. Ces conférences régionales de santé doivent devenir le lieu de débat de la politique régionale de santé. Pour ce faire, il est essentiel qu'elles représentent l'ensemble des acteurs et leur légitimité doit être incontestable pour chaque catégorie. L'article 2 prévoit ainsi l'élection des représentants par collègues. La conférence régionale de santé fonctionnera par commissions spécialisées – dont l'une constituée par des représentants de l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral – se réunissant tout au long de l'année. Une séance plénière aura lieu une fois par trimestre.

Les missions des conférences régionales de santé sont par ailleurs élargies par ce même article afin de prendre en compte les nouvelles compétences de la région. Leur saisine sur le projet de schéma régional d'organisation sanitaire est rendue obligatoire.

Il a été mis l'accent ci-dessus sur les imperfections de la politique actuelle de prévention. C'est pourquoi l'article 3 de la proposition de loi crée les agences régionales de prévention et d'éducation à la santé. Ces agences régionales développeront les actions sur le terrain en fonction des besoins recensés notamment par les observatoires régionaux de santé et en liaison avec les conférences régionales de santé. La coordination des actions des agences régionales sera assurée au niveau national par une agence nationale et une enveloppe spécifique dédiée à la prévention sera votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

L'article 4 de la présente proposition de loi parachève la régionalisation par la création – à terme – de l'agence régionale de santé. Le succès relatif des agences régionales de l'hospitalisation, la nécessité de décloisonner les secteurs sanitaire et médico-social et le besoin de développer une politique de l'offre de soins cohérente militent en faveur de la création d'agences régionales de la santé. La mise en place de cette institution ne pourra cependant se faire qu'à partir du moment où le transfert de compétences aux régions sera effectif. Cette agence régionale de santé réalisera l'interface entre l'Etat, la région, la médecine de ville et la médecine hospitalière et permettra ainsi la mise en œuvre du décloisonnement évoqué ci-dessus. Elle devra notamment assurer les missions de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'agence régionale de prévention et d'éducation à la santé.

La régionalisation du système de santé apparaît comme une des solutions aux problèmes qui se posent aujourd'hui. Elle ne pourra se faire que de façon progressive et pragmatique. Les premières pierres doivent cependant en être posées dès à présent : tel est l'objet de la présente proposition de loi que nous vous demandons, Mesdames, Messieurs, de bien vouloir adopter.

PROPOSITION DE LOI

Article 1er

I.– Il est inséré, dans le titre II de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, après la section IV, une section IV *bis* ainsi rédigée :

“Section IV bis

“ *Art. 86 bis.* – La région assure à titre principal la mise en œuvre des actions relatives à la santé. L'Etat demeure compétent en ce qui concerne les actions relevant de la solidarité nationale et qui ne peuvent à ce titre être rattachées à une région.

“ Les transferts de compétences définis par l'alinéa précédent prendront effet au plus tard le 31 décembre 2005. Jusqu'à cette date, certaines compétences de l'Etat peuvent être transférées à la région, à titre expérimental, par la voie de conventions pluriannuelles entre l'Etat et la région concernée, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, prioritairement dans les domaines suivants : prévention et éducation à la santé, formation continue et régulation démographique des personnels médicaux et paramédicaux, infrastructures des établissements de santé publics. ”

II. – Les transferts de compétences prévus au I du présent article s'accompagnent du transfert des services correspondants dans les conditions définies aux articles 8 et 9 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 susvisée.

III. – Les transferts de compétences prévues au I du présent article s'accompagnent au profit des régions du transfert des ressources nécessaires à l'exercice normal de ces compétences dans les conditions définies à l'article 5 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 susvisée.

A compter du 31 décembre 2005, il est transféré au profit des régions une part du produit de la contribution sociale généralisée visée, à due concurrence des charges pour les régions, créées par la présente loi.

Cette part évolue comme le produit global de la contribution sociale généralisée.

A compter du 31 décembre 2005, dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, des objectifs régionaux pour les dépenses d'assurance maladie sont fixés et une enveloppe régionale est déterminée.

IV. – Avant le 31 décembre 2002, le Gouvernement transmettra au Parlement un rapport relatif aux expériences faites par chaque région en application du I du présent article. Y seront également analysées les perspectives de généralisation de la régionalisation de la santé.

Article 2

L'article L. 1411-3 du nouveau code de la santé publique est ainsi rédigé :

“ *Art. 1411-3.* – I. – La conférence régionale de santé analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propre à la région.

“ Elle débat et propose des priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le représentant de l'Etat.

“ Elle donne son avis sur les projets de schéma régional d'organisation sanitaire visés à l'article L. 6121-3 du nouveau code de la santé publique.

“ Elle définit le programme de prévention et d'éducation à la santé, en liaison avec l'agence régionale d'éducation et de prévention de santé définie à l'article 3.

“ Elle fait des propositions pour la régulation de la démographie médicale régionale, notamment par la mise en place d'aides spécifiques pour les spécialités déficitaires.

“ Elle se prononce sur les investissements en matière d'équipements sanitaires.

“ Elle étudie la possibilité de mise en place progressive de la fongibilité des enveloppes budgétaires entre médecine ambulatoire et médecine hospitalière.

“ II. – La conférence régionale de santé rassemble des représentants de l'Etat, des collectivités territoriales et de l'agence régionale de l'hospitalisation. Elle rassemble également, élus au sein de chaque collège, des représentants des organismes d'assurance maladie, des groupements régis par le code de la mutualité, des professionnels du secteur sanitaire et social, des représentants des institutions et établissements sanitaires et sociaux ainsi que des associations de malades et d'usagers.

“ III. – Elle est composée de plusieurs commissions spécialisées dont l'une est constituée par des représentants de l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral. Elle se réunit en séance plénière une fois par trimestre. Une conférence annuelle est organisée. Elle élabore un rapport annuel transmis à la conférence nationale de santé, à l'agence régionale de l'hospitalisation et à l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

“ Le rapport de la conférence régionale est transmis à la conférence nationale de santé, à l'agence régionale de l'hospitalisation, à l'agence régionale de prévention et d'éducation à la santé définie à l'article 3, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie et à l'union des médecins exerçant à titre libéral.

“ IV. – Les conditions d'application des dispositions du présent article sont fixées par voie réglementaire.”

Article 3

Dans le livre IV de la première partie du nouveau code de la santé publique, après le chapitre IV, il est inséré un chapitre IV *bis* ainsi rédigé

“CHAPITRE IV BIS

“Prévention et éducation à la santé

“ *Art. 1414-12 bis.* – II est institué dans chaque région une agence régionale de prévention et d'éducation à la santé, établissement public à caractère administratif, qui a pour mission, au

niveau de chaque région :

“ 1° d’étudier et de recenser les besoins de la population en matière de prévention et d’éducation à la santé, à partir des indications fournies par les observatoires régionaux de santé ;

“ 2° de définir et de mettre en œuvre les priorités de la politique de prévention et d’éducation à la santé en liaison avec la conférence régionale de santé ;

“ 3° d’analyser et de coordonner les actions des différents intervenants : Etat, collectivités territoriales, établissements de santé publics et privés, organismes d’assurance maladie, professionnels de santé publics et privés, institutions sanitaires et sociales, groupements régis par le code de la mutualité et associations.

“ *Art. 1414-12 ter.* – I. – L’agence régionale de prévention et d’éducation à la santé est administrée par un conseil d’administration et dirigée par un directeur général nommé par le conseil régional.

“ II. – Le conseil d’administration de l’agence est composé de :

“ – représentants de l’Etat et des collectivités territoriales ;

“ – représentants des organismes d’assurance maladie ;

“ – représentants des personnels des établissements de santé ;

“ – représentants des unions de médecins exerçant à titre libéral et des autres professionnels de santé libéraux ;

“ – représentants des organismes régis par le code de la mutualité ;

“ – représentants d’associations ;

“ – personnalités qualifiées.

“ *Art. 1414-12 quater.* – L’Etat, les collectivités territoriales, leurs établissements publics, les observatoires régionaux de la santé, les organismes de sécurité sociale, les services transmettent à l’agence les informations nécessaires à l’exercice de sa mission.

“ *Art. 1414-12 quinquies.* – Les ressources de l’agence régionale de la prévention et d’éducation à la santé sont constituées notamment par :

“ – des subventions des collectivités territoriales ;

“ – une dotation régionale de prévention déterminée par la loi de financement de la sécurité sociale visée aux articles L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

“ *Art. 1414-12 sexies.* – I. – Il est créé un établissement public de l’Etat à caractère administratif dénommé agence nationale de prévention et d’éducation à la santé, dont la mission est de coordonner l’action des agences régionales instituées par l’article 1414-12 *bis*.

“ II. – L’agence nationale de prévention et d’éducation à la santé est administrée par un conseil d’administration et dirigée par un directeur général nommé par décret en Conseil des ministres.

“ Le Conseil d’administration est composé de :

“ – représentants de l’Etat ;

- “ – représentants des collectivités territoriales ;
- “ – représentants des unions de médecins exerçant à titre libéral et autres professions de santé ;
- “ – représentants des organismes libéraux d’assurance maladie ;
- “ – représentants des organismes mutualistes ;
- “ – personnalités qualifiées. ”

Article 4

I.– A compter du 31 décembre 2005, est mise en place dans chaque région un organisme consultatif dénommé agence régionale de santé qui est chargé, dans le cadre des compétences dévolues à la région :

- de débattre, de proposer et de mettre en œuvre les priorités de santé publique selon les orientations de la conférence régionale de santé et du conseil régional ;
- de traiter globalement de l’ensemble des problèmes de planification sanitaire (carte sanitaire, schéma régional d’organisation sanitaire, médecine ambulatoire) ;
- de soutenir la création et le fonctionnement de réseaux de santé publique, de prévention et de soins.

Elle est consultée sur l’affectation de l’enveloppe régionale budgétaire fixée par la loi de financement de la sécurité sociale.

II. – L’agence régionale de santé réunit l’ensemble des acteurs suivants :

- agence régionale de l’hospitalisation ;
- union régionale des caisses d’assurances maladie ;
- gestionnaires et établissements de santé publics et privés ;
- élus du conseil régional et des conseils généraux ;
- représentants de l’ordre des médecins ;
- représentants des usagers.

III. – L’agence régionale de santé est administrée par une commission exécutive et dirigée par un directeur nommé par le conseil régional.

Article 5

Les pertes de recettes et les charges nouvelles pour l’Etat et les régimes sociaux résultant de l’application de la présente proposition de loi sont compensées, à due concurrence, par une augmentation des tarifs visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts et par la création d’une taxe additionnelle à ces mêmes droits.

