

obstétrique. Or, dans des structures privées à but lucratif, les internes, par essence moins efficaces que les médecins titulaires, deviennent des spectateurs des praticiens, mais n'acquièrent pas la formation pratique que leur prodigue l'hôpital public. En revanche, cette formation permet aux cliniques commerciales de tester et de recruter ceux qu'elles jugent les plus prometteurs.

De surcroît, l'hôpital est chargé de diverses missions de service public, telles que les soins aux détenus, les urgences, les greffes, l'éducation thérapeutique (apprendre aux patients à se soigner), la permanence d'accès aux soins, que n'assurent pas les cliniques commerciales. Or la dotation destinée à ces missions a, elle aussi, été limitée (elle représente actuellement environ 15 pour cent des ressources hospitalières). Qui plus est, elle sert de volant de régulation des dépenses de santé à l'échelle nationale.

C'est ainsi qu'en 2011, près de 190 millions destinés au financement des missions de service public ont été gelés, l'État transférant de la sorte une part de son déficit aux hôpitaux publics. Cela a eu pour conséquence que la proportion d'hôpitaux en déficit est passée de 32 pour cent en 2009 à 41 pour cent en 2010. L'idéal promu par le président de la République est désormais le partenariat entre le public et le privé, bien que le dernier rapport de la Cour des comptes ait dénoncé le fait que ce partenariat est le plus souvent asymétrique, nettement en faveur du secteur à but lucratif.

Enfin, la gestion a été remplacée par «la nouvelle gouvernance». La recherche de l'efficacité, c'est-à-dire du juste soin au moindre coût, a cédé la place à la quête de la rentabilité. À la spécialisation et à la stabilité de professionnels, on a substitué la polyvalence et la mobilité au détriment des conditions de travail et de la qualité des soins. Il s'ensuit, chez les professionnels de santé, une insatisfaction qui nuit à leur nécessaire sérénité.

La conjonction de ces multiples facteurs, qui agissent tous dans le même sens, menace l'accessibilité aux soins et leur qualité. Elle soumet une grande partie du personnel de santé à des contraintes peu compatibles avec un travail performant et oblige de nombreux médecins à devenir des gestionnaires, profession qui n'est pas celle pour laquelle ils ont prêté le serment d'Hippocrate. Ce bilan est globalement admis par tous les acteurs de la santé. Que faire face à une telle situation ? Nous

proposons un pacte pour une santé égalitaire et solidaire où le financement des soins serait garanti, tout en permettant de moderniser le système de santé.

Comment sortir de l'impasse ?

D'abord, il paraît urgent de mettre un coup d'arrêt à la privatisation rampante de notre système de santé, qui consiste notamment à transférer les activités jugées « solvables » prises en charge par la Sécurité sociale vers les assurances privées et les mutuelles. Ces activités sont celles dites du petit risque, par exemple l'opération de la cataracte ou une fracture simple. Soulignons que les mutuelles jouent ici un rôle ambigu : elles maintiennent leur attachement à la Sécurité sociale solidaire, mais ont été contraintes d'accepter en 2004 une association avec les assurances privées lucratives.

Dès lors, nous préconisons le retour au taux originel de remboursement par la Sécurité sociale de 80 pour cent pour les soins et les produits de santé courants, en maintenant la prise en charge des dépenses de santé à 100 pour cent (des tarifs conventionnés) pour les bénéficiaires de la couverture médicale universelle et pour les patients souffrant d'affections de longue durée. Nous nous opposons à la mise en place d'un « bouclier sanitaire », qui remettrait en cause le principe même de la Sécurité sociale. Proposé par Martin Hirsch, ce dispositif vise à remplacer la prise en charge à 100 pour cent pour les affections de longue durée, jugée trop coûteuse et injuste, par une franchise généralisée modulée en fonction des revenus. Cela reviendrait, au nom de l'équité, à opérer un nouveau transfert vers les assurances « complémentaires », qui finiraient

LES AUTEURS



André GRIMALDI est professeur d'endocrinologie, ancien chef du Service de diabétologie de l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris.

Olivier LYON-CAEN, professeur à l'Université Pierre et Marie Curie, est neurologue à l'Hôpital de la Pitié-Salpêtrière.

OÙ SE SITUE LA FRANCE ?

La France consacre 11,7 % de son produit intérieur brut, le PIB, à ses dépenses de santé. Ce faisant, elle se classe troisième, derrière les États-Unis (16,2 %) et la Belgique (11,8 %), mais devant l'Allemagne et la Suisse qui y consacrent chacune 11,3 % et la Suède 9,9 %. Toutefois, si l'on considère la dépense de santé par habitant, la France se situe en dixième position (avec 2 983 euros), après les États-Unis (5 970), la Suisse (3 858), la Norvège (4 149), le Luxembourg (3 628), le Danemark (3 261), l'Allemagne (3 163), notamment (d'après les comptes nationaux de la

santé de l'Organisation mondiale de la santé). Quant au nombre d'établissements hospitaliers (publics, privés lucratifs et privés non lucratifs), il est passé en France de 2 877 en 2006 à 1 811 en 2011... Enfin, on évalue à 13,7 le nombre de lits hospitaliers pour 1 000 habitants au Japon, 8,2 en Allemagne, 6,6 en France et 2,8 en Suède, pour une moyenne des pays de l'OCDE de 4,9. Quant aux soins aigus, le Japon atteint 8,2 lits pour 1 000 habitants, l'Allemagne 5,7, la France 3,6 et la Suède 2,1, pour une moyenne des pays de l'OCDE de 3,2 (données de l'OCDE 2009).

par devenir « principales » pour beaucoup d'assurés. La solidarité serait réservée aux plus pauvres. Et une solidarité pour les pauvres se transforme très vite en solidarité au rabais !

Le retour à un taux de remboursement élevé supprimant franchises et forfaits que nous proposons coûterait environ huit milliards d'euros, ce qui est financièrement possible dans le cadre d'une négociation avec les assurances complémentaires. Aujourd'hui, pour 94 pour cent de la population, ces dernières prennent déjà en charge ces dépenses, mais avec un financement moins solidaire, car, contrairement aux cotisations sociales, leurs primes sont généralement indépendantes des revenus.

Des économies possibles

De surcroît, et c'est un point sur lequel nous insistons, l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale suppose une révision de la liste des soins financés par la solidarité. Tous les soins devraient subir une double évaluation, où l'on établirait le rapport entre les bénéfices du traitement proposé et les risques qui y sont liés pour le patient, et le rapport du coût que représente la prise en charge du malade pour la société et les bénéfices qu'elle en tire. Il est indispensable qu'un médicament, un acte, une prestation ne soient remboursés que si, et seulement si, cette évaluation est jugée positive. Le remboursement partiel actuel de médicaments à 15 pour cent et à 35 pour

Alors qu'il veut à toute force faire jouer une concurrence inappropriée entre les établissements de santé et les professionnels, le gouvernement refuse d'y recourir pour les industriels du médicament et ceux des dispositifs médicaux. Ainsi les génériques coûtent deux fois plus cher en France qu'en Angleterre (cela représente une dépense de un milliard d'euros de plus chaque année pour la Sécurité sociale) et trois fois plus cher qu'aux Pays-Bas : en France, les prix des médicaments sont administrés, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas régulés par la concurrence.

De même, on comprend mal pourquoi la Sécurité sociale accepte de financer indirectement les trois milliards d'euros par an dépensés par l'industrie pharmaceutique pour la publicité auprès du corps médical. Le coût de cette publicité est répercuté sur le prix de vente des médicaments. Nous proposons que, pour chaque euro de publicité dépensé, l'industrie soit taxée d'un euro versé à une agence indépendante gérant la formation continue des professionnels de santé. On estime, d'après plusieurs rapports, que le taux de prescriptions et d'actes médicaux injustifiés est d'environ 25 pour cent. La réduction des gaspillages en matière de santé n'est pas seulement un devoir économique, c'est aussi une exigence éthique.

Tout en réduisant les dépenses, il convient d'élargir les recettes de la Sécurité sociale. Plutôt que de recourir à une TVA dite « sociale » pour le moins controversée, nous proposons d'élargir l'as-

ter toute constitution d'une dette renvoyée sur les générations futures au titre de l'assurance maladie.

Généraliser le système appliqué en Alsace-Moselle ?

Le mode de financement que nous proposons est-il déraisonnable ? Non, puisqu'il est en grande partie celui du système spécifique Alsace-Moselle qui assure un remboursement à près de 90 pour cent pour les assurés au prix d'une cotisation assurance maladie un peu plus élevée que le régime général (1,5 pour cent contre 0,75 pour cent du salaire). Ce système a confirmé son efficacité en étant bénéficiaire en 2010 et en 2011, ce qui lui a permis une réduction du taux de cotisations ! Qu'est-ce qui empêche de généraliser le système Alsace-Moselle à l'ensemble du pays ?

Nous proposons aussi de revoir le mode de financement des hôpitaux en remplaçant la tarification à l'acte par un financement mixte associant la T2A pour des actes techniques programmés dont on peut évaluer le coût avec peu de variabilité d'un malade à l'autre, et une dotation pour un certain nombre d'activités nécessitant une personnalisation de la prise en charge et, dès lors, trop complexe pour être soumise à la T2A (par exemple, les affections chroniques). On a voulu instaurer des tarifs communs pour le public et le privé, ce qui représente une concurrence déloyale pour l'hôpital public. Cette convergence tarifaire devrait prendre en compte le statut, les missions, la taille de l'établissement, le contexte immobilier, ainsi que les populations prises en charge. C'est indispensable pour que l'on puisse comparer ce qui est comparable.

Comment résoudre la question des inégalités sociales d'accès aux soins ? Comment garantir une répartition homogène sur le territoire français des médecins et centres de soins ? Pour y parvenir, cela suppose de mettre en œuvre une politique pragmatique et volontariste poursuivie dans la durée. Elle nécessite la limitation de l'installation en secteur 2 (avec dépassements d'honoraires) par territoire et par spécialité tout en maintenant la liberté de choix d'installation en secteur 1 (tarif opposable), sachant que les « déserts médicaux » n'existent pas seulement dans certaines régions, mais aussi dans certains quartiers

LA RÉDUCTION DES GASPILLAGES en matière de santé n'est pas seulement un devoir économique, c'est aussi une exigence éthique.

cent devrait de ce fait être supprimé, ainsi que le remboursement des cures thermales (300 millions d'euros) : ou bien l'évaluation est positive et le médicament ou l'acte doit être remboursé à 80 pour cent, ou elle ne l'est pas et il ne doit y avoir aucun remboursement. De même, il n'y a aucune raison de payer plus cher des médicaments ayant une efficacité identique à un médicament déjà présent sur le marché. Lorsqu'un médicament est « générique », c'est l'ensemble des tarifs de la classe médicamenteuse qui doit être revu à la baisse, au lieu de prévoir un intéressement financier des médecins qui les prescrivent et des pharmaciens qui les proposent.

siette des prélèvements à l'ensemble des revenus et de supprimer la majeure partie des niches sociales représentant actuellement plus de 35 milliards d'euros pour un bénéfice économique douteux régulièrement dénoncé par la Cour des comptes. En 2007, Philippe Seguin avait calculé que la soumission des stock-options aux cotisations sociales aurait rapporté à l'époque trois milliards d'euros à la Sécurité sociale. Nous préconisons également que tout déséquilibre des comptes constaté en fin d'année, malgré les mesures déjà mises en œuvre, entraîne une augmentation automatique et proportionnée des recettes de la Sécurité sociale, pour écar-