

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 ?

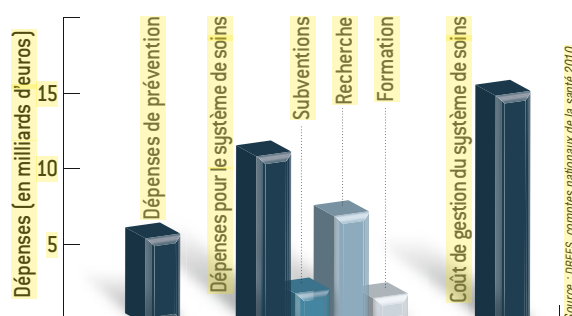
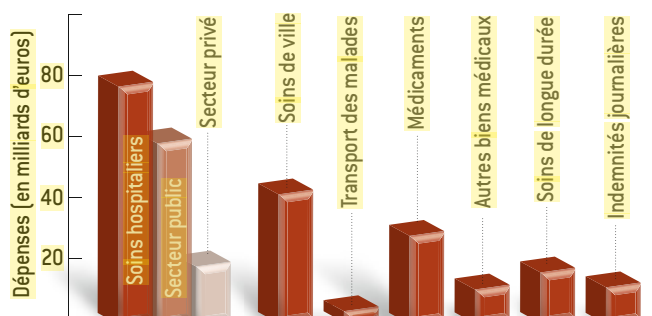
Nous proposons aussi de revoir le mode de financement des hôpitaux en remplaçant la tarification à l'acte par un financement mixte associant la T2A pour des actes techniques programmés dont on peut évaluer le coût avec peu de variabilité d'un malade à l'autre, et une dotation pour un certain nombre d'activités 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-



Source : DREES, comptes nationaux de la santé 2010

DANS LES DÉPENSES DE SANTÉ, les soins et les biens médicaux (*à gauche*) représentent le poste le plus important : 170,6 milliards d'euros, soit 73 % de la dépense totale de santé (234 milliards d'euros en 2010). Ce poste se décompose en soins hospitaliers (81,2 milliards d'euros – 34,7 % de la dépense totale –, dont environ un tiers dans le secteur privé), soins de ville (44 milliards – 18,8 %), transport des malades (3,8 milliards), médicaments (30,1 milliards – 12,9 %), autres biens médicaux, par exemple les prothèses ou les pansements (11,6 milliards), les soins

de longue durée (par exemple pour les personnes âgées ou handicapées, 17,3 milliards), et les indemnités journalières (12,5 milliards – 5,3 %). Outre ces dépenses pour les malades, figurent (*à droite*) les dépenses de prévention (5,9 milliards – 2,5 % de la dépense totale de santé), les dépenses pour le système de soins, ce qui inclut notamment la recherche (3,2 %) et la formation (moins de 1 % seulement !). La part dédiée à la gestion du système (15,9 milliards – 6,8 % de la dépense totale) représente une proportion notable de l'ensemble des dépenses.

ou bassins de vie au sein de régions par ailleurs bien pourvues. Même si elle est limitée à l'installation en secteur 2, cette mesure ne manquera pas de soulever un conflit avec les défenseurs les plus intransigeants de la médecine libérale. Le gouvernement doit être prêt à l'assumer tout en négociant avec les organisations professionnelles une revalorisation du secteur 1, notamment par une réévaluation des tarifs remboursés, une diversification des modes de rémunération mettant fin à l'exclusivité du paiement à l'acte, et la création d'une assurance en responsabilité professionnelle de statut public.

De surcroît, il faudra mettre en place dans les « déserts médicaux » des consultations « avancées » assurées par des médecins hospitaliers et d'autres professionnels de santé : un jeune médecin hospitalier pourrait accepter de se déplacer pour travailler un ou deux jours par semaine dans un centre de santé ou un petit hôpital de proximité éloigné d'une cinquantaine de kilomètres de son hôpital. À plus long terme, il faudra favoriser la répartition des médecins sur le territoire, avec des quotas par spécialité et par région. Les étudiants pourraient passer deux ou trois examens régionaux pris en compte dans le classement pour l'internat en s'engageant à s'installer pendant trois ans dans la région où ils auraient effectué leur internat.

Enfin, l'institution en fin d'études médicales d'un service public de santé d'une durée de deux ans, rémunéré, doit faire l'objet d'un débat portant sur son principe et sur ses modalités, ainsi que sur sa date

de mise en application. Dans tous les cas, les étudiants devront en être informés avant d'entreprendre des études longues et difficiles. Le début de la mise en place de cette mesure n'est donc pas envisageable avant 2020. Il convient d'adapter en permanence notre système de soins aux progrès de la médecine, à l'évolution des besoins de la population en particulier à son vieillissement, et aux nouvelles conditions de travail des professionnels.

Adaptation et modernisation du système de santé

La médecine libérale à l'ancienne avec son colloque singulier et son paiement à l'acte reste adaptée à la prise en charge des maladies aiguës bénignes et des traumatismes sans gravité. En revanche, elle est en grande partie inadaptée au traitement des urgences, à la prise en charge des problèmes médico-sociaux des personnes très âgées et au suivi des maladies chroniques. Définir des parcours de soins simplifiés pour les patients avec une répartition des tâches entre établissements, d'une part, et entre professionnels, d'autre part, suppose une cohérence organisationnelle, médicale et financière, alors que notre système de santé est aujourd'hui cloisonné.

Pour justifier la réforme marchande du système de santé, certains « modernistes » expliquent que la médecine devient « industrielle » et que les malades grâce à Internet se transforment en « consommateurs » de

✓ BIBLIOGRAPHIE

B. Mas *et al.*, *L'hôpital en réanimation*, Éditions du Croquant, 2012.

A. Grimaldi *et al.*, *Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire*, Odile Jacob, 2011.

A. Grimaldi et Cl. Le Pen, *Où va le système de santé français ? Pour ou contre*, Éditions Prométhée, 2010.

R. Wilkinson, *L'égalité c'est la santé*, Éditions Demopolis, 2010.

D. Tabuteau, *Dis c'était quoi la Sécu ?*, Éditions de l'Aube, 2009.

✓ SUR LE WEB

<http://www.manifestesante.fr>