



N°1617

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 26 mai 2004

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA MISSION D'INFORMATION⁽¹⁾

SUR LA PROBLÉMATIQUE DE L'ASSURANCE MALADIE

Président et Rapporteur
M. Jean-Louis DEBRÉ,
Président de l'Assemblée nationale

TOME 1

RAPPORT

⁽¹⁾ La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La mission d'information sur la problématique de l'assurance maladie , est composée de : M. Jean-Louis DEBRE, Président et Rapporteur ; MM. Philippe AUBERGER, Gérard BAPT, Mmes Martine BILLARD, Maryvonne BRIOT, MM. Yves BUR, Alain CLAEYS, Paul-Henri CUGNENC, Jacques DOMERGUE, Jean-Pierre DOOR, Jean-Michel DUBERNARD, Gérard DUBRAC, Claude EVIN, Mmes Jacqueline FRAYSSE, Cécile GALLET, Catherine GENISSON, M. Maxime GREMETZ, Mmes Elizabeth GUIGOU, Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, MM. Edouard LANDRAIN, Jean-Marie LE GUEN, Richard MALLIE, Hervé MARITON, Pierre MEHAIGNERIE, Pierre MORANGE, Hervé MORIN, Jean-Luc PREEL, Jean-Marie ROLLAND, Jean-Sébastien VIALATTE, Alain VIDALIES, Philippe VITEL.

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTION	9
première partie : un constat unanime : l'attachement aux principes fondateurs de l'assurance maladie	17
I.- L'Egalité d'accès aux soins	17
A. Les mêmes soins pour tous les assurés	17
B. Un haut niveau de prise en charge	18
C. Une offre de soins diversifiée et équilibrée	19
D. La gratuité des soins, une question plus complexe	20
II.- Un système dont le fonctionnement repose sur la Solidarité	21
A. Un financement assis sur la solidarité contributive	21
B. Une unité de la couverture assurée par la solidarité budgétaire et financière	22
C. Un attachement fort à la solidarité sous toutes ses formes	23
III.- Un système qui permet l'accès à des soins de Qualité	29
Deuxième partie : un diagnostic partagé : L'assurance maladie, un patient gravement affaibli	31
I.- Un symptôme alarmant : le déficit croissant	31
A. Un état chronique allant en s'aggravant	31
B. Une dégradation affectant tous les postes de dépenses	35
C. Une évolution insoutenable	43
II.- L'inefficacité des plans de redressement et des outils de maîtrise	46
A. Les « plans de sauvetage » adoptés depuis le milieu des années 1970 ont eu une visée essentiellement conjoncturelle	46
B. Le report de la dette accumulée tend à se perpétuer	47
C. Les mesures de maîtrise de l'offre de soins ont échoué	48

D. Les mécanismes conventionnels sont en crise permanente	51
E. Les lois de financement de la Sécurité sociale se sont révélées inadaptées à leur objet	52
F. La prise de conscience du coût de la santé est insuffisante chez les usagers de l'assurance maladie	53
III.– Des sources d'économies structurelles insuffisamment exploitées	55
A. Les imperfections dans l'organisation du système de soins	55
B. Les insuffisances du contrôle et de l'évaluation	61
IV.– Les racines du mal : une absence totale de cohérence	64
A. Un système de santé sans pilotage « politique »	64
B. Une extrême confusion dans la gestion	66
C. Une offre de soins et une prise en charge éclatées	69
troisième partie : des thérapeutiques diverses – soins intensifs pour le financement, chirurgie réparatrice pour l'Organisation	73
I.– Un traitement prioritaire et prometteur : la mise en œuvre d'une meilleure gouvernance	73
A. Vers une architecture simplifiée et cohérente de l'ensemble du système	76
B. Des marges de progression en matière de qualité de notre système de soins, gages d'efficacité et d'efficience	92
II.– Les moyens d'action sur les dépenses : l'indispensable responsabilisation de tous les acteurs	101
A. Le dossier médical partagé sera un paramètre essentiel de la réforme	101
B. Les professions de santé et les établissements devront prendre toute leur part dans la rationalisation des dépenses	102
c. En contribuant à la maîtrise des dépenses, les patients seront pleinement acteurs de la réforme	109
I.– Positions exprimées par les organisations syndicales représentatives des salariés	120
II.– Positions exprimées par les organisations représentatives des employeurs	126
III.– Les moyens d'action sur les recettes : une prescription délicate	130
A. La CRDS : des interrogations fortes	130
B. la csg : Une solution qui ne peut être envisagée d'emblée	132
C. Les cotisations sociales : une piste évoquée mais ne recueillant pas un assentiment majoritaire	137
D. Des pistes de recettes plus consensuelles oeuvrant à la clarification du financement	141
I.– Positions exprimées par les organisations syndicales représentatives des salariés	150

II.– Positions exprimées par les organisations représentatives des employeurs	152
synthèse du rapport	153
I – unanimité sur la pérennité des principes fondateurs de l’assurance maladie	154
II – Le diagnostic est partagé : L’assurance maladie est un patient aujourd’hui affaibli	155
EXAMEN DU RAPPORT	165
Contributions	167
PROPOSITIONS.....	211
Titre I : POUR UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE ET DE PRÉVENTION AMBITIEUSE ET EFFICACE	211
Titre II : étendre la prise en charge des soins par l’assurance maladie pour garantir l’égalité de tous a la santé	215
Titre III : réformer la politique du médicament.....	219
Titre IV : moderniser et développer le service public hospitalier	222
Titre V : Répondre au défi de la pénurie de professionnels de santé	224
Titre VI : moderniser le financement de la protection sociale pour conjuguer solidarité, justice sociale et développement économique dans le respect des principes fondateurs du financement de la Sécurité sociale	227
Titre VII : une nouvelle gestion démocratique de la Sécurité sociale	230
En guise de conclusion.....	232
Remarques préliminaires :	235
Nos propositions	236
1. Une politique de santé en amont d’une politique de soins	237
2. Quelle organisation pour quelle démocratie sanitaire (la « gouvernance ») ?	240
3. Actions sur les dépenses.....	242
4. Action sur les recettes :	248
En conclusion.....	250

INTRODUCTION

La France reconnaît et met en œuvre un droit à la santé pour tous.

Le préambule de la Constitution précise que « la nation garantit à tous la protection de la santé ». Les institutions de l'assurance maladie veillent à la mise en œuvre effective de ce droit. Grâce aux principes même qui le fondent, de solidarité, d'égalité et de qualité, notre système de santé rend aujourd'hui accessible à tous nos concitoyens un ensemble de prestations, de produits et de services au meilleur niveau actuel des connaissances et des technologies. En termes de réussite sanitaire, de justice sociale, d'efficacité économique, notre système a été reconnu comme l'un des meilleurs du monde.

Cependant, ce système connaît aujourd'hui de graves difficultés comme en atteste l'explosion des besoins de financement de l'assurance maladie. Cette crise n'est certes pas la première depuis les origines de la sécurité sociale, mais son ampleur et sa durée sont aujourd'hui préoccupantes. Elle appelle donc une réflexion collective sur ses causes et une détermination courageuse sur les solutions à mettre en œuvre pour la surmonter.

L'histoire de la Sécurité sociale, et particulièrement de l'assurance maladie est marquée, depuis 1945, tout à la fois par les étapes de sa généralisation à tous les Français et par les tentatives diverses, régulières et plus ou moins réussies de résoudre les difficultés financières auxquelles elle a rapidement été confrontée. Il n'est sans doute pas inutile, en exergue de ce rapport, de les remettre en lumière pour jauger le chemin parcouru, prendre la mesure du changement des esprits et peut-être proposer, pour résoudre les très graves déficits actuels, des solutions propres à conforter durablement notre système de santé.

Le Conseil National de la Résistance, dans son programme adopté en mai 1944, avait prévu pour l'après-guerre « un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des assurés et de l'Etat ». La Sécurité sociale sera de fait un élément essentiel des réformes engagées après-guerre.

Le modèle issu des ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, puis de la loi du 22 mai 1946 est dès l'origine très spécifique. Tout en se rapprochant du système universel de protection sociale mis en œuvre au

Royaume-Uni sous l'impulsion de Lord Beveridge, il maintient pour partie le schéma des assurances sociales de l'entre deux guerres, lui-même inspiré du plan mis en place en Allemagne par le chancelier Bismarck à la fin du XIX^{ème} siècle. D'un côté sont affirmées les règles d'universalité d'application des législations sur la sécurité locale – il s'agit de garantir les mêmes soins pour tous les assurés – et le principe de la caisse d'affiliation unique. De l'autre, s'organise la gestion de ce service public nouveau par les partenaires sociaux, de façon logique puisque son financement provient des cotisations sur les seuls salaires.

La généralisation progressive des bénéfices de l'assurance maladie à l'ensemble de la population active s'est essentiellement réalisée de 1945 à 1975, sans pour autant aboutir à un système homogène. C'est ainsi qu'après le maintien des régimes spéciaux, la spécificité du régime agricole est réaffirmée. Quelques années plus tard, une assurance maladie-maternité particulière est instituée au profit des professions non salariées.

Plusieurs textes tentent cependant d'harmoniser les régimes – c'est sans doute pour l'assurance maladie que les différences sont les moindres – et des transferts financiers sont organisés pour tenir compte des évolutions démographiques de certaines catégories socio-professionnelles.

Pendant les années 1970, des réformes visent à accélérer le rapprochement entre les caisses, mais aussi à protéger la population « interstitielle » non prise en charge. C'est ainsi que la loi du 2 janvier 1978 procède à un élargissement supplémentaire du champ d'application des régimes et institue une assurance personnelle facultative.

Cette marche vers la généralisation est parachevée par la loi du 27 juillet 1999 mettant en place la couverture maladie universelle, qui garantit, sur simple critère de résidence, une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie et, aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, le droit à une protection complémentaire. La « carte vitale » constitue en quelque sorte le symbole populaire de cette généralisation de l'accès aux soins.

Mais la volonté, conforme à l'esprit de la Libération, d'assurer à tous le bénéfice de l'assurance maladie s'est écartée de la logique initiale d'affiliation purement professionnelle du régime ; cela a accru par la suite les problèmes de financement et a également posé la question du mode de gestion.

Les difficultés financières apparaissent très vite après la guerre et si elles se sont accentuées dans les périodes de crise économique, leur persistance en démontre le caractère structurel.

Il faut tout d'abord observer que le régime ne s'accompagne à l'origine que de peu de contraintes, tant du côté de l'utilisateur que des professionnels de santé. Très vite, recettes et dépenses n'évoluent pas au même rythme et l'histoire de l'assurance maladie peut aussi malheureusement se résumer aux plans de redressement financier qui l'ont jalonnée.

Les instruments mis en œuvre vont d'abord jouer sur les dépenses en instituant des remboursements ou des systèmes de franchise. Les recettes vont être accrues, dans un premier temps par un relèvement et un dé plafonnement des cotisations, puis par l'affectation à l'assurance maladie de prélèvements nouveaux. L'échec de ces mesures et la prise en compte de la diversité de l'offre aboutiront à des dispositifs de maîtrise des dépenses visant à réguler l'activité des professionnels de santé et l'accès des usagers au système de soins. Périodiquement aussi, les modes de gestion de l'assurance maladie sont remodelés dans le but de donner à leurs responsables des moyens accrus pour contrôler le régime.

La première réforme d'envergure est sans doute celle de 1967. Les quatre ordonnances du 21 août procèdent à la séparation des risques pour une meilleure lisibilité des comptes et à une reconstitution des conseils d'administration des caisses. A la prédominance des représentants élus des salariés est substitué un paritarisme strict réunissant représentants des employeurs et des salariés, désormais désignés par les organisations représentatives. En 1971, les rapports entre les principaux régimes et le corps médical sont aménagés sur des bases nouvelles, définies par une convention nationale.

Avec la crise économique dans laquelle entre notre pays dans la deuxième partie des années 1970, débutent les plans de redressement proprement dits et de rationalisation des dépenses. On en compte une quinzaine sur une douzaine d'années.

La période 1988-1993 apporte des changements déterminants au régime. La création de la contribution sociale généralisée (CSG) par la loi de finances pour 1991 met fin à son financement exclusif par les cotisations sociales et accentue encore sa complexité.

Par ailleurs, la volonté, de plus en plus affirmée, de maîtrise médicalisée des dépenses a donné naissance à la création de nouveaux

instruments d'action : les références médicales opposables, l'objectif prévisionnel des dépenses médicales, le codage des actes, des prescriptions et des pathologies, la création d'un dossier de suivi médical et d'un carnet médical. Par suite, seront mises en place les conférences nationales et régionales de santé, l'expérimentation des filières et réseaux de soins, la carte de professionnel de santé.

La réforme de 1996 a ouvert au Parlement la possibilité d'intervenir désormais chaque année sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), par le biais de l'examen des projets de lois de financement de la Sécurité sociale. L'Etat et les caisses nationales doivent signer tous les trois ans des conventions d'objectifs et de gestion. Par ailleurs, au plan financier, la dette sociale accumulée sera apurée par la création de la CADES et d'une nouvelle contribution, la CRDS.

On observera enfin que l'hôpital, même s'il a été traité de façon spécifique, a également connu de profondes mutations depuis 1945. Les ordonnances des 11 et 30 décembre 1958 veulent faire des établissements hospitaliers des pôles d'excellence, volonté qui se traduit notamment par la création des centres hospitalo-universitaires, déterminants pour la recherche. La loi du 31 décembre 1970 institue le service public hospitalier et la carte sanitaire, celle du 19 janvier 1983 instaure la notion de budget global. La planification sanitaire et la réforme des structures internes seront engagées par la loi du 31 juillet 1991. Enfin, le plan de 1995 aboutit à la création d'agences régionales de l'hospitalisation et de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.

Malgré toutes ces réformes, l'assurance maladie se trouve, sans interruption depuis 1989, dans une situation de déficit durable et, aujourd'hui, ce déficit – 12,9 milliards d'euros annoncés pour 2004 – n'est plus supportable. Sa réduction est la condition même de la survie du système.

Cette crise n'est pas celle de l'adaptation ou de l'inadaptation des principes fondamentaux du système aux besoins de la société actuelle. Cette crise structurelle et profonde résulte du choc entre deux tendances opposées : d'une part, la hausse continue des dépenses sur un rythme plus élevé que celui de la croissance de la richesse nationale sous l'effet du progrès technique, de la sophistication des nouvelles thérapeutiques et, d'autre part, les difficultés économiques auxquelles est confronté notre pays qui voit sa compétitivité soumise à une concurrence internationale accrue, ses comptes publics sociaux alourdis par les effets d'un chômage endémique et ses capacités supplémentaires de financement réduites à l'extrême. La mauvaise conjoncture économique et l'affaiblissement de la croissance ont bien évidemment joué un rôle dans la récente aggravation de la situation.

Une reprise de la croissance devrait certes induire une hausse des recettes (rentrée de cotisations ou de CSG), mais on notera avec préoccupation que, même pendant les années de croissance soutenue de la deuxième moitié des années 1990, le déficit n'avait pas disparu.

La nécessité d'une réforme profonde se fait d'autant plus sentir que les facteurs structurels pèsent et pèseront de plus en plus lourd sur les dépenses. La France vieillit et le drame épouvantable de la canicule de l'été 2003 est venu rappeler la nécessité de soins renforcés et mieux adaptés pour les personnes âgées.

Il est de fait que le système français apparaît essoufflé. Il a donné le meilleur, mais la structure même de l'offre de soins est en cause, l'insuffisance des contraintes du côté des professionnels comme des patients le fragilise. Par ailleurs, l'absence de gouvernance, de pilotage, affaiblit la légitimité des décisions prises. Du fait de l'intervention croissante de l'Etat, le paritarisme fonctionne moins bien, les partenaires sociaux ne pouvant, ou ne souhaitant pas assumer pleinement leur rôle de gestionnaires. Cette situation s'est bien évidemment trouvée aggravée par le départ du MEDEF des instances de l'assurance maladie à l'automne 2001.

Difficultés financières, enchevêtrement des compétences, démotivation des acteurs, inefficacité de l'intervention annuelle du Parlement notamment sur la fixation d'objectifs de dépenses constamment dépassés, la détérioration est telle aujourd'hui qu'elle exige dans un premier temps une forte prise de conscience de chacun, puis une responsabilisation de tous, seuls gages d'une réforme pérenne.

Si les difficultés actuelles ne sont pas résolues, une des institutions auxquelles les Français sont le plus attachés pourrait être mise à mal et les principes qui la fondent seraient eux-mêmes menacés.

Mais, comment maintenir les principes rappelés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie et notamment l'universalité de couverture, un niveau de prise en charge élevé, quand les ressources sont à ce point insuffisantes, les dépenses à ce point incontrôlées ?

J'ai donc souhaité que la représentation nationale soit partie prenante à la réflexion en organisant cette mission d'information.

Les auditions des partenaires sociaux, des ministres concernés, des professionnels de santé, d'experts – près de 19 auditions et tables rondes se sont tenues en l'espace de trois semaines –, se sont déroulées selon une thématique en trois étapes :

– Quels sont les principes qui doivent continuer à régir l'assurance maladie ?

– Le diagnostic des difficultés actuelles est-il partagé ?

– Quelles sont les solutions pour une réforme pérenne ?

Les échanges de vues entre les membres de la mission ont été organisés de la même façon.

Incontestablement, des prises de conscience ont eu lieu, les esprits ont évolué. Nous pouvons envisager aujourd'hui des réformes jugées impossibles il y a encore quelques années.

Les membres de la mission, après les intervenants auditionnés, se sont d'ailleurs facilement accordés sur les principes qui doivent continuer à demeurer le fondement de notre système d'assurance maladie: ceux de solidarité nationale d'assurance, d'universalité et d'égalité d'accès au système de soins, enfin de qualité des prestations offertes. Ces principes font partie des éléments constitutifs de notre cohésion sociale et de notre pacte républicain.

Le diagnostic est également partagé sur la gravité du constat de la situation actuelle même si des appréciations différentes ont été portées sur les causes du déficit et sur certains dysfonctionnements du système.

En revanche, il reste beaucoup de chemin à parcourir pour que les solutions proposées par les uns et les autres fassent l'unanimité.

Nous n'avons pu que constater les différences profondes entre les préférences qu'ont avancées les uns et les autres des intervenants auditionnés s'agissant par exemple de la gestion de l'assurance maladie, ou de l'étendue de la délégation à confier aux caisses.

De même, est évident le désaccord entre les assureurs complémentaires sur la nature même de la santé. N'est-elle vraiment qu'un élément comme un autre du marché, qui par là même peut échapper à la volonté de régulation des pouvoirs publics dès lors qu'il y a une demande? Est-elle au contraire un bien « supérieur » à défendre mais aussi à soumettre à certaines règles pour l'assurer au plus grand nombre de nos concitoyens, quels que soient leurs revenus par exemple ?

Ces nuances, ces divergences, ces oppositions, parfois très nettes, nous ont fait clairement mesurer l'ampleur de la tâche des pouvoirs publics pour proposer à la Nation, non pas une énième réforme, mais des thérapeutiques véritablement efficaces et durables.

Les membres de la mission n'ont pu aboutir à un consensus complet. Ce n'était d'ailleurs pas l'objectif recherché. Il me semble cependant que les députés membres de la mission se sont accordés sur la nécessité de refonder une gouvernance plus légitime pour assurer une cohérence et un contrôle plus serré du système, sur le souhait de rendre plus efficace l'organisation des soins et plus économe la gestion des dépenses. Il a paru à la mission qu'avant de demander un effort financier supplémentaire à la nation, il fallait améliorer la productivité globale d'un système de soins qui absorbe près de 10 % de la richesse nationale ce qui constitue une des proportions les plus élevées au monde.

Cela étant, comment la représentation nationale aurait-elle pu s'entendre sur tous les points alors que les options au sein de la société civile sont à ce point divergentes ? Mais je tiens ici à rendre hommage à tous ses membres qui, de la majorité comme de l'opposition, ont été très présents et actifs. Ils ont su faire montre tout au long des travaux de leur capacité de dialogue et d'écoute. Au bout du compte, le résultat honore, me semble-t-il, l'Assemblée nationale : elle a commencé à prendre sa part dans le débat, contribuant ainsi, comme je le souhaitais, à éclairer les choix qui seront à faire au moment de la discussion du prochain projet de loi où elle entend tenir toute sa place.

Jean-Louis DEBRÉ



Bâti selon la même trame que les auditions, le rapport rappelle dans sa première partie les principes de l'assurance maladie qui doivent être réaffirmés et confortés par la réforme.

La seconde partie propose un diagnostic sur les difficultés actuelles, en analysant leurs causes, en prenant en compte les mesures déjà intervenues pour redresser la situation, en détaillant les insuffisances des modes de gestion.

La dernière partie dresse une liste des thérapeutiques à envisager du côté de la gouvernance, des dépenses et des recettes, en précisant les positions prises par les personnalités entendues et celles des membres de la mission.



PREMIERE PARTIE : UN CONSTAT UNANIME : L'ATTACHEMENT AUX PRINCIPES FONDATEURS DE L'ASSURANCE MALADIE

La mission a souhaité interroger l'ensemble des personnes auditionnées pour vérifier la validité du constat fait par le Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie d'un attachement unanime aux principes fondateurs du système de soins français. On rappellera les cinq principes pris en compte par le Haut Conseil : l'universalité de la couverture, son caractère unitaire, des conditions de prise en charge indépendantes de la situation du malade et de la situation familiale, un niveau de prise en charge élevé, une contribution au financement du système proportionnelle au revenu de l'assuré (indépendamment de l'existence d'ayants-droit).

La mission a pu constater l'existence d'un réel consensus autour de ces principes, consensus qui s'est également manifesté en son sein. La santé, de l'avis de l'ensemble des acteurs, ne constitue pas un bien comme les autres. Les développements qui suivent n'auront donc pour objet que de présenter les principes devant régir la réforme et leurs conséquences concrètes dans le système actuel ainsi que la validité de certaines pistes de réforme.

I.- L'EGALITE D'ACCES AUX SOINS

A. LES MEMES SOINS POUR TOUS LES ASSURES

Le système de santé français assure les mêmes soins pour tous les assurés sans distinction fondée par l'exemple sur l'âge, le revenu ou l'état de santé. Ce qui nous apparaît parfois comme une évidence n'en est pourtant pas une dans d'autres pays. Ainsi, le système américain se démarque-t-il sur trois principes régissant le nôtre. En termes d'égalité des soins, la couverture médicale n'est pas la même aux Etats-Unis selon les revenus de l'assuré et l'assurance à laquelle il est affilié. Le système américain n'est pas non plus solidaire, puisque la prime d'assurance varie selon l'individu. Enfin, n'étant pas universel, il n'offre pas à tous les soins de meilleure qualité.

Dans une logique purement assurancielle, l'accès à la couverture maladie peut être lié à la capacité financière de l'individu, l'accès aux soins à l'existence d'une telle couverture et l'offre de soins peut être différente selon la couverture dont bénéficie l'individu. De même, l'accès à la couverture maladie est généralement plus coûteux pour les plus âgés dont le facteur « risque » est plus élevé. Il en va de même pour les assurés présentant une pathologie susceptible d'entraîner des coûts (cancers, affections cardio-vasculaires ou infection par le VIH ...). Les défenseurs

d'un tel système justifie sa supériorité par le fait qu'il permettrait une allocation plus rationnelle des ressources et assure une plus grande coïncidence entre l'effort demandé et le retour attendu du système.

Parmi les acteurs du système de santé auditionnés, seul le MEDEF a exprimé sa préférence pour un tel modèle. Encore admet-il aujourd'hui que – théoriquement plus satisfaisant – il est en décalage trop profond avec les aspirations de la société française pour être envisagé. Il est *a contrario* frappant de constater que les organisations syndicales représentant les médecins libéraux affirment sans aucune ambiguïté leur profond attachement à ce principe de l'égalité de soins entre assurés.

Les membres de la mission sont quant à eux également farouchement attachés au maintien de ce principe qu'ils considèrent comme le cœur du système de santé et une condition essentielle de l'égalité.

B. UN HAUT NIVEAU DE PRISE EN CHARGE

Cette égalité dans l'accès aux soins ne se fait pas au surplus à un niveau minimal. Le système socialisé de l'assurance maladie assure au contraire une prise en charge des dépenses de santé à un niveau particulièrement élevé. En effet, le taux de remboursement global – par les régimes de base et les assurances complémentaires – des dépenses de santé était en moyenne de 88,3 % en 2001 et oscillait entre 74 % pour les dépenses de pharmacie et 97,7 % pour les dépenses en établissements. En moyenne, chaque Français perçoit 2 000 euros par an de l'assurance maladie. On rappellera que les dépenses en soins et biens médicaux s'élèvent à 2 220 euros par habitant.

Ce niveau de prise en charge a d'ailleurs sensiblement progressé sur la période récente en dépit des difficultés financières régulièrement rencontrées par l'assurance maladie. Les membres de la mission s'en réjouissent et confirment leur souhait du maintien d'un degré élevé de prise en charge.

Cette situation résulte tout d'abord de l'étendue de la couverture de base. A l'origine fondé sur l'activité professionnelle de l'assuré – et couvrant d'emblée non seulement celui-ci mais sa famille par la notion d'ayant droit – le système a progressivement évolué vers un objectif d'universalité de la couverture maladie. Il s'en est fortement rapproché avec les mesures de généralisation adoptées progressivement. La mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) en 1999 a complété le processus en permettant l'affiliation à l'assurance maladie de base des quelque dizaines de milliers de personnes qui ne relevaient jusque là d'aucun régime.

L'universalité de la couverture de base est désormais une réalité et un acquis incontesté.

Elle résulte également de l'extension progressive de la couverture complémentaire des dépenses de santé. Il convient de rappeler que cette couverture diffère sensiblement de la couverture de base, notamment par son lien plus étroit avec le revenu de l'assuré et son caractère éventuellement individuel. Elle s'inscrit dans une logique plus assurancielle. La proportion de Français couverts par une telle assurance – non compris ceux bénéficiant des dispositifs de solidarité que constituent l'aide médicale d'Etat et la CMU complémentaire – était de 31 % en 1960. Elle a atteint 69 % en 1980, connu un palier à 83 % entre 1990 et 1995 avant de culminer à 86 % en 2000. A l'instar de l'assurance de base, la couverture complémentaire tend à l'universalité : elle s'en est rapprochée avec la mise en place en 2000 de la CMU complémentaire¹ qui a permis de porter le taux de couverture de la population française par une assurance complémentaire à 92 %. La mission a à plusieurs reprises rappelé la nécessité de garder présent à l'esprit le fait que 8 % des Français sont donc dépourvus d'une telle couverture, par exemple dans une éventuelle modification de la répartition de la prise en charge entre régimes de base et complémentaires. Elle s'est également interrogée sur le coût qu'appellerait l'achèvement de la généralisation de la couverture complémentaire.

Enfin, ce degré élevé résulte des conditions mêmes de la prise en charge. L'admission au remboursement ne repose pas sur une logique purement financière fondée sur l'idée d'un niveau acceptable de dépenses à la charge de l'assuré, mais sur des règles de droit régies par des instances administratives liées par des procédures qui fondent l'admission sur des critères de sécurité, d'utilité, d'efficacité et enfin d'efficience.

C. UNE OFFRE DE SOINS DIVERSIFIEE ET EQUILIBREE

Le système de santé français se caractérise par la liberté qu'il offre. Ainsi, la médecine libérale repose-t-elle de façon classique sur cinq principes ancrés dans la loi : libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription du médecin, secret médical, paiement direct des honoraires et liberté d'installation du médecin.

La liberté de choix du patient trouve à s'exercer grâce à une offre nombreuse et diversifiée. Si la densité de l'offre médicale est comparable à celle de l'Allemagne, de l'Espagne ou de la Suisse, elle est très nettement

¹ Même s'il convient de rappeler qu'une majorité des bénéficiaires de la mesure bénéficiait auparavant de l'aide médicale gratuite

supérieure à celle observable au Royaume-Uni, au Canada ou au Japon. La France comptait ainsi 196 000 médecins au 1^{er} janvier 2001, soit 329 médecins pour 100 000 habitants, répartis à peu près pour moitié entre généralistes et spécialistes. Elle compte également 10 lits d'hôpital pour 1 000 habitants. La mission ne peut qu'approuver les propos tenus par M. Pierre Costes, président de MG France, selon lequel cette abondance et cette diversité de l'offre ont formidablement contribué à l'amélioration des résultats sanitaires et favorisé le développement d'une médecine de proximité, mais cette affirmation a aujourd'hui atteint ses limites. Même si la mission s'est montrée unanime dans sa volonté de ne pas remettre en cause le principe du libre choix du médecin par le patient, elle s'est longuement interrogée sur l'opportunité d'influer sur ce choix afin qu'il s'exerce de façon plus rationnelle, pour à la fois éviter les abus liés au nomadisme médical et favoriser la mise en œuvre de parcours de soins plus cohérents et médicalement plus efficaces.

Tout aussi attachée aux autres principes, la mission s'est également interrogée sur l'opportunité de les adapter aux évolutions de notre système de santé afin de garantir la réalité de leur application. Par exemple, la liberté d'installation du médecin et le libre choix de celui-ci par le patient ne sont véritablement respectés que lorsqu'il y a adéquation entre les besoins des uns et l'offre des autres, par exemple par une répartition géographique adaptée de l'offre médicale. La mission a également affirmé son attachement à la permanence des soins.

Une fois encore, il convient d'y insister, ces principes et l'attachement à l'exercice libéral de la médecine n'ont été contestés par aucun des intervenants devant la mission ni par aucun de ses membres mais tous ont rappelé la nécessité de concilier de façon harmonieuse la diversité et l'équilibre de l'offre de soins.

D. LA GRATUITE DES SOINS, UNE QUESTION PLUS COMPLEXE

Les membres de la mission s'accordent sur un point essentiel : la nécessité d'une prise en charge maximale par l'assurance maladie – et les assurances complémentaires – des soins les plus coûteux. Si le reste à charge du traitement d'un rhume peut généralement être assumé par les individus, on ne conçoit pas par exemple une proportion identique de dépenses restant à charge du malade traité pour un cancer. D'une certaine façon, plus les soins sont coûteux, plus ils doivent être gratuits.

La mission est unanimement attachée au principe selon lequel la capacité financière des individus ne doit pas entraver leur accès aux soins.

Elle est plus partagée – de même que les personnes auditionnées – sur la gratuité totale des soins. Ainsi, les mécanismes de dispense d’avance de frais sont reconnus comme un acquis social, en particulier pour les patients les plus modestes et ceux dont les soins sont les plus coûteux. Certains considèrent cependant que le sentiment d’une gratuité totale – lié au développement de la couverture, notamment complémentaire – peut induire des comportements de gaspillage et une forme de déresponsabilisation pour des dépenses de soins courantes.

II.- UN SYSTEME DONT LE FONCTIONNEMENT REPOSE SUR LA SOLIDARITE

A. UN FINANCEMENT ASSIS SUR LA SOLIDARITE CONTRIBUTIVE

Le financement de l’assurance maladie est très largement assis sur la solidarité contributive puisque la quasi-totalité des recettes provient des cotisations – salariales et patronales – et de la contribution sociale généralisée. Ces prélèvements ont une assiette portant environ pour 4/5^e sur les revenus de l’activité professionnelle.

Autrement dit, ce mode de financement crée des transferts financiers entre diverses catégories puisqu’elles ne contribuent pas toutes pour le même montant mais qu’il n’y a pas, *a priori* de raisons pour qu’elles bénéficient de remboursements de dépenses de santé d’un montant différent. Ceci est dû à la très nette prédominance – plus de 90 % des dépenses de l’assurance maladie – des prestations en nature (remboursements de soins indépendants du revenu) par rapport aux prestations en espèces (essentiellement les indemnités journalières, revenus de remplacement).

Indépendamment du niveau même du revenu sur lequel est assis le financement, certaines catégories bénéficient de modalités d’assujettissement qui renforcent le mécanisme de transfert.

Ce financement opère tout d’abord un transfert entre les différentes catégories de cotisants. Il y a ainsi transfert entre les salariés eux-mêmes : le déplaçonnement des cotisations maladie, puis la création de la CSG (avec une part non déductible) ont renforcé l’effet redistributif du prélèvement. Ainsi un salarié percevant un revenu brut de 1 300 euros par mois s’acquitte d’un prélèvement annuel de 2 891 euros tandis qu’un salarié percevant un revenu de 3 000 euros s’acquitte d’un prélèvement de 6 673 euros par an. En théorie, chacun d’entre eux bénéficie pourtant, comme on l’a dit, d’un remboursement de l’assurance maladie identique de 2 000 euros par an. Il y également transfert des salariés vers les retraités, les pensions étant exonérées de cotisations, ainsi que de CSG pour les plus modestes. De la même façon, il y a transfert entre actifs et chômeurs ou

inactifs (ceux-ci étant assujettis à une CSG à moindre taux)². Enfin, il y a transfert des détenteurs de patrimoine vers les autres du fait de la CSG.

Il y a par ailleurs transfert des cotisants vers les non cotisants : d'une part, par le biais des ayant droit de l'assuré, celui-ci cotisant à titre personnel et ouvrant droit à prestations pour l'ensemble de ses ayant droit ; d'autre part, par l'exercice de la solidarité nationale par le biais des dispositifs de l'aide médicale et de la CMU.

Enfin, il y a transferts des personnes seules vers les familles, en particulier les familles nombreuses.

Il existe un consensus total sur la nécessité d'une telle solidarité contributive. Elle est au cœur du système de santé socialisé qui ne peut fonctionner sur l'idée d'un juste retour.

B. UNE UNITE DE LA COUVERTURE ASSUREE PAR LA SOLIDARITE BUDGETAIRE ET FINANCIERE

Cette solidarité s'exerce dans les diverses sources de financement de la prise en charge des dépenses de santé.

Elle est particulièrement visible dans le financement de et par l'assurance maladie, que ce soit par le biais des cotisations sociales ou de l'impôt via notamment la contribution sociale généralisée (*cf. supra* le point 1). On rappellera que celle-ci crée un financement solidaire d'une rare ampleur puisque son assiette inclut les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine et des produits de placement ainsi que les gains des jeux. La solidarité financière s'exerce aussi par d'autres recettes de nature fiscale telles une partie des droits sur le tabac. On observera en outre qu'elle joue également entre les différents régimes de base de l'assurance maladie : concrétisée par la mutualisation de certaines actions de la CNAM-TS, de la CCMSA et de la CANAM via l'ACOSS et l'UCANSS, elle prend également la forme de compensations financières entre ces régimes dont les prestations ont par ailleurs été harmonisées.

La solidarité financière n'est pas absente du financement de la couverture complémentaire. Particulièrement évidente dans le fonctionnement des mutuelles puisque celles-ci n'ont pas de but lucratif et que les cotisations sont intégralement affectées à la couverture – actuelle ou

² 7,5 % sur les revenus d'activité et 6,2 % sur les revenus de remplacement

future – des prestations, elle se traduit dans l'ensemble de la couverture complémentaire par la mise en œuvre fréquente de contrats collectifs dont l'effet de levier joue un rôle considérable en faveur de l'accès des plus modestes à cette couverture complémentaire.

Enfin, la participation de l'Etat au financement d'une partie de la prise en charge des dépenses de santé des plus modestes par l'aide médicale ou la CMU met en jeu la solidarité budgétaire.

Au final, seule la part restant à la charge des ménages échappe durablement à ce financement solidaire. Il convient de rappeler que sa part est inférieure à 12 % du total de la dépense et que l'amélioration de la couverture complémentaire lui a permis de reculer de 1,5 point depuis dix ans.

La mission estime qu'il ne faut en aucune façon porter atteinte au caractère solidaire du financement des dépenses de santé.

C. UN ATTACHEMENT FORT A LA SOLIDARITE SOUS TOUTES SES FORMES

La mission a souhaité réaffirmer solennellement son attachement à la solidarité entre bénéficiaires sous toutes ses formes.

A ainsi été abordée à plusieurs reprises la question de la solidarité des plus jeunes vers les plus âgés. Si certains évoquent parfois, avec un humour empreint de cynisme, comme solution unique au problème de l'assurance maladie la suppression de la dernière année de vie, la mission assume parfaitement – et estime que la Nation le doit également – le fait que l'on consomme davantage de soins lorsque l'on vieillit. Cette évidence est mesurable même si les résultats suivants résultent d'une enquête jugée statistiquement imparfaite par ses auteurs.

La population de plus de 80 ans consomme 14 % des dépenses alors qu'elle ne représente que 4 % de la population globale. Cela représente en 2003 environ 17 milliards d'euros de dépenses. La population de plus de 60 ans consomme quant à elle environ la moitié des dépenses de santé, alors qu'elle ne représente que 21 % de la population totale.

	a r t d e s d é p e n s e s	a r t d e l a p o p u l a t i o n	n t e n s i t é d e l a c o n s o m m a t i o n (1)
- 9 a n s	, 4 %	2 , 2 %	, 4 4
0	,	3	,

- 1 9 a n s	3 %	, 1 %	5 6
0 - 2 9 a n s	, 6 %	3 , 3 %	, 4 2
0 - 3 9 a n s	, 9 %	4 , 5 %	, 6 8
0 - 4 9 a n	1 , 5 %	4 , 3 %	, 8 0

s			
0 - 5 9 a n s	2 , 4 %	1 , 4 %	, 0 9
0 - 6 9 a n s	4 , 9 %	, 3 %	, 6 0
0 - 7 9 a n s	8 , 9 %	, 9 %	, 3 9
0 a n s	4 , 2 %	, 0 %	, 5 8

e t +			
o t a l	0 0 , 0 %	0 0 , 0 %	, 0 0

Source : ministère de la santé

En réponse aux interrogations renouvelées de certains membres de la mission, notamment de Mme Paulette Guinchard-Kunstler, la mission a confirmé qu'elle ne souhaitait pas voir les dépenses de soins en faveur des personnes âgées sortir du champ de l'assurance maladie.

Cette solidarité entre générations ne s'exerce pas à sens unique. Le tableau montre d'ailleurs bien que d'autres âges pèsent plus que proportionnellement dans les dépenses de santé. Les débats sur la prolongation éventuelle de la CRDS et/ou l'augmentation de son taux ont par ailleurs débouché sur le rappel par de nombreux membres de la mission de la nécessité de ne pas transférer sur les générations futures le poids des dépenses actuelles de santé et des déficits qu'elles engendrent. La réaffirmation des principes régissant l'assurance maladie et la recherche de solutions pour sa réforme ne constituent-elles pas la meilleure preuve que la solidarité intergénérationnelle joue également en faveur de ces générations futures ?

Fondamentalement, la solidarité au sein de l'assurance maladie s'exerce avant tout entre les bien-portants et les malades. Aujourd'hui 5 % des malades concentrent 60 % de la dépense. La mission estime que cette concentration des dépenses n'est en rien contestable, en dépit du débat qu'elle a pu avoir parfois sur l'opportunité de renforcer le contrôle des admissions en affections de longue durée (ALD).

Enfin, la solidarité s'exerce en faveur des familles. Outre les transferts liés à l'existence d'ayant droit, on rappellera que l'assurance maladie inclut l'assurance invalidité et l'assurance maternité.

Aucune voix ne s'est exprimée – ni devant la mission ni en son sein – pour contester ces transferts qui sont la traduction du principe de solidarité lui-même.

III.— UN SYSTEME QUI PERMET L'ACCES A DES SOINS DE QUALITE

L'énoncé de ce principe est important car il ne découle pas automatiquement des deux précédents (solidarité et égalité d'accès). L'assurance maladie s'efforce d'inclure dans sa nomenclature de prise en charge les biens et services de santé au meilleur niveau actuel des connaissances et des technologies. Les meilleurs médecins, les meilleurs laboratoires, les hôpitaux les plus modernes, les médicaments les plus performants sont dans le périmètre pris en charge par la Sécurité sociale.

Notre système dispose d'atouts essentiels. Parmi ceux-ci figure au premier rang la qualité de la formation initiale : celle-ci assure traditionnellement la formation de professionnels compétents, en nombre suffisant et couvrant à peu près les besoins des différentes spécialités. L'activité médicale s'appuie également sur une recherche et une capacité d'innovation de grande qualité : on peut ainsi penser aux succès rencontrés en matière de greffes d'organes ou de chirurgie cardiaque. La qualité des professionnels sert celle des pratiques et l'on doit par exemple noter l'excellente réputation de nos conférences de consensus. Les soins sont également servis par la mise à disposition des techniques et des médicaments les plus performants, la qualité des équipements et des bâtiments et le maintien à un bas niveau des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales. Enfin, les principes régissant l'assurance maladie imprègnent la qualité de l'accueil des patients et la France s'illustre par exemple par son action dans la lutte contre la douleur.

Toutefois, cette recherche de la qualité est un exercice permanent. Plusieurs des acteurs entendus par la mission ont souligné la difficulté de maintenir un tel niveau de qualité, en particulier dans un système qui pêche par son organisation.

C'est la combinaison de ces trois principes, d'égalité, de solidarité et de qualité, qui fait du système de santé français l'un des meilleurs du monde comme l'a reconnu récemment l'Organisation mondiale de la santé. Comme l'ont rappelé certaines des personnalités auditionnées, ces principes constituent les éléments déterminants de la cohésion sociale et citoyenne et, à ce titre, font partie de notre pacte républicain.

En conclusion, l'attachement unanime de la mission aux principes fondateurs de l'assurance maladie ne peut que nous réjouir. A titre personnel, son Président se félicite que cet accord réel ait laissé place à des débats qui – sans remettre en cause les principes – ont permis de réfléchir à leur pertinence et à leur adéquation aux évolutions de notre système de santé. Ces débats attestent de la réalité de cet attachement qui ne saurait être confondu avec une adhésion formelle à une liste de vœux pieux et servira utilement de fil conducteur à la réforme.

DEUXIEME PARTIE : UN DIAGNOSTIC PARTAGE : L'ASSURANCE MALADIE, UN PATIENT GRAVEMENT AFFAIBLI

Après l'examen des principes devant régir l'assurance maladie, la mission s'est penchée de façon plus détaillée sur le diagnostic qu'elle appelle.

Les personnes auditionnées ne se sont guère démarquées de celui dressé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Le premier constat porte sur le caractère insoutenable de la situation financière de l'assurance maladie. Au-delà de la recherche des responsabilités de cette situation, des gaspilleurs et autres profiteurs du système, apparaît clairement le fait que la dégradation persistante des comptes découle structurellement de l'absence d'une maîtrise efficace des dépenses et d'une posologie inadaptée des mesures de redressement. Plus fondamentales encore parmi les facteurs d'affaiblissement semblent être l'incapacité du système à fonctionner avec efficacité et son absence de pilotage.

Ce constat sans surprises, souvent dressé avec sévérité par les personnes entendues, mérite d'être étudié de près. Le diagnostic a en effet permis à la mission d'une part d'observer l'incapacité de la plupart des acteurs à assumer une part de responsabilité dans cette situation, d'autre part de s'interroger sur la hiérarchie des causes d'une telle situation et donc sur celle des mesures qu'elle exige.

I.- UN SYMPTOME ALARMANT : LE DEFICIT CROISSANT

A. UN ETAT CHRONIQUE ALLANT EN S'AGGRAVANT

1. Une dégradation récente très marquée.

Le premier constat partagé par l'ensemble des acteurs du système de santé et par l'ensemble de la mission est celui de la gravité du déficit. Si certains, comme le syndicat CGT-FO, relativisent l'importance du déficit au vu notamment du montant des dépenses de Sécurité sociale et de l'ampleur du déficit budgétaire, les chiffres bruts ne sont guère contestables. La branche maladie est ainsi à l'origine d'un déficit qui devrait atteindre cette année, d'après les chiffres fournis par la commission des comptes de la Sécurité sociale et le ministre de la santé, 12,9 milliards d'euros soit un déficit record équivalent au double du déficit constaté en 1995 (6,05 milliards d'euros) qui avait conduit au plan de redressement dit Juppé

et supérieur pour la seule branche maladie au déficit de l'ensemble du régime général constaté en 1995.

Le deuxième constat partagé par tous est celui de la dégradation de plus en plus rapide de la situation sur la période récente. Ce dérapage est manifeste depuis cinq ans : inférieur à un milliard d'euros en 1999, contenu autour de 2 milliards d'euros en 2000 et 2001, le déficit a augmenté de près de 4 milliards d'euros chaque année depuis 2002.

Le troisième constat, le plus préoccupant, est que ce déficit revêt un caractère structurel. Une partie de la dégradation actuelle résulte à l'évidence de la faiblesse de la croissance et du classique effet de ciseaux entre dépenses et recettes. Avec une faible croissance économique, les recettes s'effondrent : alors que l'on s'attendait en 2002 à une croissance de 4,1 % de la masse salariale, le taux n'a été que de 3 % tandis qu'il a été de 1,9 % en 2003, soit la progression la plus faible depuis 1994. On rappellera qu'un point de masse salariale équivaut à 1,6 milliard d'euros pour le régime général.

Pour autant, l'augmentation tendancielle du déficit annuel atteste de son caractère structurel (à l'origine de 74 % du déficit 2003 selon la direction de la Prévision et de l'analyse du ministère des finances). La commission des comptes de la Sécurité sociale analyse ce caractère structurel dans les termes suivants : *« l'augmentation de la dépense à la charge de l'assurance maladie est plus forte que celle de la consommation de soins du fait de l'amélioration structurelle du taux de remboursement de soins pris en charge. En effet, le nombre des assurés exonérés de ticket modérateur augmente très rapidement (...). Parallèlement au développement des exonérations de ticket modérateur, on constate une déformation générale de la consommation de soins au profit des soins les mieux pris en charge par l'assurance maladie, ce qui a tendance à pousser à la hausse le taux moyen de remboursement des soins. C'est particulièrement vrai pour les médicaments. A titre d'exemple la croissance structurelle du taux de remboursement explique environ 0,8 point de la croissance des dépenses de soins de ville en 2002. »*

On ne saurait trop souligner que, même au plus fort de la croissance, l'assurance maladie n'a jamais renoué avec un solde positif et que le redressement des comptes intervenu entre 1996 et 2000, pour spectaculaire qu'il soit, a tout de même conduit au maintien d'un déficit deux fois supérieur en 2000 à ce qu'il était en 1991.

2. Une situation qui ne se réglera pas par la seule hausse des recettes

Tout d'abord, aucune voix ne s'est élevée au sein de la mission pour défendre l'idée selon laquelle le déficit pourrait globalement être jugulé par le seul retour de la croissance. On peut considérer comme partagée l'idée que le déficit de l'assurance maladie résulte avant tout d'un problème de dépenses et non d'une insuffisance de recettes. Toutefois, certains des membres de la mission estiment que le déficit résulte avant tout de l'insuffisance des recettes et dessinent un parallèle entre le déficit constaté et le montant des exonérations de cotisations sociales patronales.

Il est cependant frappant de constater que le solde de la branche maladie continue de se dégrader au même rythme en 2003 et 2004 en dépit de l'apport en 2003 de près d'un milliard de recettes supplémentaires (480 millions d'euros de droits sur le tabac et 474 millions provenant de la CADES³).

Dès lors, la mission, outre qu'elle n'a pas discuté des conditions d'un retour à la croissance qui excédaient largement son mandat, n'a abordé qu'à la marge le débat sur la clarification des relations financières entre l'Etat et la Sécurité sociale et notamment sa branche maladie. Il conviendrait toutefois, même si ces mesures ne sauraient être considérées comme déterminantes, de se pencher sur la réalité de trois facteurs exogènes de diminution des recettes de l'assurance maladie fréquemment évoqués et sur la conduite à tenir face à eux.

Le premier tient aux « ponctions opérées sur les ressources de la Sécurité sociale pour financer le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale (FOREC) »⁴. Les pertes pour la CNAM ont été chiffrées par le rapport précité à 985 millions d'euros liés à la taxe sur les primes d'assurance automobile à partir de 2003 et 760 millions d'euros liés au droit de consommation sur les alcools en 2003. Ces pertes ont en partie été compensées mais laisseraient à la charge de la CNAM un différentiel de l'ordre de 1,2 milliard d'euros. Il semble nécessaire de clarifier ce point une fois pour toutes afin de restaurer entre les caisses et l'Etat le climat de confiance nécessaire.

³ Au titre de la première moitié du remboursement de la dette contractée par le FOREC en 2000

⁴ Rapport de M. Pierre Morange sur le PLFSS pour 2004

Le deuxième facteur exogène de pertes de recettes – en partie lié au précédent – réside dans la non compensation par l'Etat de certaines exonérations de cotisations sociales patronales. En dépit du principe de compensation intégrale pour les exonérations affirmé par la loi Veil de 1994, force est de constater que les exonérations antérieures ne sont pas couvertes par cette disposition et que son application aux exonérations postérieures donne parfois lieu à litiges : on peut ainsi évoquer l'exonération de cotisation d'assurance maladie des créateurs d'entreprise instaurée en décembre 1999. Certaines organisations syndicales estiment que ces charges indues s'inscrivent dans une fourchette de 2 à 4 milliards d'euros, sans préciser si cette estimation concerne la seule branche maladie ou l'ensemble du régime général. La Cour des comptes évalue quant à elle le total des exonérations antérieures à la loi Veil – donc non compensées – à 2,3 milliards d'euros en 2002.

La mission ne peut que constater que ce débat sur l'apurement des sommes concernées et le versement par l'Etat des restes à recouvrer – en dehors même de son impact concret sur les recettes – entache profondément les relations entre l'Etat et les organismes gestionnaires de l'assurance maladie.

Le troisième facteur exogène de pertes de recettes réside dans l'existence d'impayés de cotisations sociales patronales. La CGT estime le coût pour l'assurance maladie à deux milliards d'euros.

Non négligeables si leur réalité est attestée, ces pertes même jointes à celles résultant de la faible croissance ne suffisent pas à expliquer la totalité du déficit. Dans le même temps où les recettes diminuent du fait de la faible croissance, les dépenses de santé continuent d'augmenter à un rythme nettement supérieur à celui de la richesse nationale. Il y a manifestement une élasticité de ces dépenses quasiment nulle au regard de l'évolution du produit intérieur brut. Il est même frappant de constater que le fort ralentissement de la croissance de la masse salariale intervenue depuis 2001 coïncide avec une accélération du rythme de croissance des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM (près de 7 % en 2003).

L'idée selon laquelle le déficit résulte essentiellement de la progression des dépenses semble partagée par tous. On ne peut sur ce point que rappeler les conclusions du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie selon lequel la hausse des dépenses de santé constamment supérieure depuis quarante ans de plus de deux points à celle du PIB explique que leur part dans celui-ci soit passée de 3,5 % en 1960 à 8,9 % en 2002.

B. UNE DEGRADATION AFFECTANT TOUS LES POSTES DE DEPENSES

La mission s'est interrogée sur la part de chacune des grandes catégories de dépenses dans la formation de ce déficit. Sont en effet tour à tour dénoncés comme responsables la médecine de ville, l'hôpital, le médicament, l'explosion des indemnités journalières, le coût excessif de la prise en charge des affections de longue durée, ... La mission n'a pu que constater le simplisme de la réponse à la question « A qui la faute ? » unanimement apportée par chacun des intervenants : « aux autres ».

1. Une répartition des postes de dépenses ne permettant pas a priori de désigner un responsable unique

Les dépenses d'assurance maladie se décomposent en deux parties égales : les dépenses de soins de ville et les dépenses en établissements. Les dépenses de soins de ville se répartissent elles-mêmes en deux parties d'importance comparable : les dépenses d'honoraires (objectif délégué, 21,7 % du total) et les autres soins de ville (25,4 % du total) dominés par les médicaments et les indemnités journalières.

Les dépenses d'établissements sont d'abord celles des établissements publics ou participant au service public hospitalier. Elles constituent en effet plus d'un tiers des dépenses globales de l'assurance maladie. Les autres catégories d'établissements sont les cliniques privées, les établissements pour enfants inadaptés ou adultes handicapés et les établissements pour personnes âgées (notamment les EHPAD).

Cette répartition permet donc de penser que la dégradation des comptes ne saurait être raisonnablement imputée à une seule catégorie de dépenses.

DÉCOMPOSITION DES DÉPENSES EN 2003
(prévisions de la commission des comptes de la Sécurité sociale de mai 2003)

ONDAM 124,2 Md€	Soins de ville 58,4 Md€	Honoraires 26,9 Md€ 21,7 %	Généralistes	5,5 Md€	4,4 %
			Spécialistes	8,2 Md€	6,6 %
			Infirmières	2,6 Md€	2,1 %
			Kinésithérapeute	2,3 Md€	1,8 %
			Transports	2,2 Md€	1,7 %
			Divers : dentistes, laboratoires, ...	6,2 Md€	5,0 %
	47,0 %	Prescriptions 31,5 Md€ 25,4 %	Médicaments	18,0 Md€	14,5 %
			Indemnités journalières	9,0 Md€	7,2 %
			Autres produits de santé	3,5 Md€	2,9 %
			Autres (cures, centre de santé ...)	1,0 Md€	0,8 %
	Etablissements 62,7 Md€ 50,5 %		Hôpitaux publics	46,0 Md€	37,1 %
			Cliniques privées	7,6 Md€	6,2 %
			Personnes handicapées	5,8 Md€	4,7 %
			Personnes âgées	3,2 Md€	2,6 %
DOM et étranger			3,1 Md€	2,5 %	

2. Les soins de ville, premier accusé

Traditionnellement, les soins de ville⁵ sont considérés comme la principale cause de dérapage des dépenses, du fait notamment de la médiatisation de certaines composantes de cette enveloppe : on peut ainsi penser à la publicité donnée aux conflits opposant de façon récurrente les médecins aux pouvoirs publics et aux gestionnaires de l'assurance maladie, à celle faite à la surconsommation de médicaments ou encore aux débats autour des arrêts de travail.

De fait, le taux de croissance des soins de ville a été très nettement supérieur à celui des établissements dans la période 1996-1999 puisqu'il s'est établi à 5,1 % contre 1,4 % pour ces derniers. Sur la période 1999-2002, il reste encore extrêmement élevé puisqu'il passe à 7,5 % par an même si le décalage avec les établissements tend à se réduire. Sur 2003, les

⁵ Il convient d'observer que l'expression « soins de ville » couramment utilisée recouvre en fait des dépenses de soins (honoraires et médicaments) et des prestations en nature (indemnités journalières)

soins de ville continuent d'être la première cause de dérapage des dépenses avec une hausse de 6,5 %.

Encore convient-il d'analyser les causes de cette situation et de l'évolution récente des postes de dépenses les plus dynamiques de cette enveloppe. La mission ne peut que rappeler l'incidence de l'attachement à l'exercice libéral de la médecine (liberté d'installation du médecin, libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription, paiement direct à l'acte, secret professionnel) dans un système de demande socialisée et de solvabilisation de la demande. Dès lors que l'offre n'est pas maîtrisée et que la demande n'est pas financièrement contrainte, la croissance des dépenses ne connaît pas de frein automatique. La mission n'en demeure pas moins profondément attachée au principe de la médecine libérale qu'aucune des personnes auditionnées n'a d'ailleurs remis en cause.

a) Le premier poste de dépenses est évidemment celui des honoraires

Leur très forte progression en 2003 (7,4 %) – soit pour la première fois une progression supérieure à la sous-enveloppe médicaments – découle à la fois de raisons structurelles et de mesures conjoncturelles. C'est probablement sur ce poste que la conciliation entre exercice libéral de la médecine et maîtrise de la dépense est le plus délicat. En effet, les honoraires constituent à la fois un revenu et la reconnaissance de l'acte médical par excellence. La consultation est en outre à l'origine de la plupart des autres dépenses de soins de ville. Elle peut donner lieu à consultation d'un autre médecin et est en tout cas généralement le fait générateur de la prescription de médicaments, d'examens et analyses. La mission semble considérer de façon unanime que la maîtrise des dépenses de soins de ville se joue essentiellement à ce stade.

Plusieurs facteurs concourent à la progression très rapide de cette enveloppe.

Le premier réside dans le mode de paiement lui-même : la multiplication d'actes payés de façon uniforme indépendamment de leur contenu – ainsi la consultation destinée au renouvellement d'une prescription, la énième visite de contrôle d'un patient en affection de longue durée sont elles rémunérées sans distinction – est indéniablement un moyen pour les praticiens concernés de compenser les effets de tarifs jugés trop bas. Lors de leur audition, les syndicats de médecins ont évoqué cette pratique et fondent leur revendication d'une revalorisation tarifaire sur l'inutilité en termes médicaux de cette multiplication des actes.

Le deuxième facteur structurel réside dans l'inégalité de l'offre de soins. La mission critique de manière unanime la situation que crée l'inégale répartition des médecins entre spécialités et sur le territoire. Il existe par endroits un excès d'offre qui stimule la consommation médicale et ailleurs un déficit d'offre qui se répercute sur les tarifs, par exemple du fait de la prédominance des médecins en secteur 2, c'est-à-dire ne pratiquant pas le tarif conventionnel⁶. Si la pratique de tarifs élevés n'a pas nécessairement d'incidence sur les dépenses des régimes d'assurance maladie, elle n'en a pas moins des répercussions soit financières par le coût des complémentaires, soit en termes de bien-être par un accès réduit des patients les plus modestes à l'offre de soins contraire au principe d'égal accès aux soins.

Le troisième facteur de l'accélération récente de la croissance des dépenses résulte des décisions arrêtées ces dernières années en matière de valeur des actes. On rappellera que les mesures de revalorisation intervenues en 2002 et 2003 ont conduit à une augmentation des dépenses de 1,724 milliard d'euros.

Enfin, la croissance des dépenses d'honoraires s'explique structurellement par l'absence de régulation et d'évaluation systématiques des pratiques médicales. Cette maîtrise bute fondamentalement depuis des années sur le rôle respectif dans sa mise en œuvre des professionnels, de leurs unions et des caisses d'assurance maladie.

b) Le médicament est également de façon traditionnelle l'un des postes de dépenses de santé les plus dynamiques au sein de l'enveloppe soins de ville

Cette évolution découle de facteurs structurels. Le premier tient à la consommation d'un volume très important de médicaments. Ce phénomène constitue l'une des caractéristiques majeures du système de santé français puisque nous sommes de ce point de vue au deuxième rang mondial (voire au premier compte tenu de l'écart de prix avec les Etats-Unis), avec quelques records préoccupants tels la première consommation au monde d'antidépresseurs. Cette surconsommation résulte d'une demande forte des patients – à laquelle les prescripteurs ne s'opposent pas faute de sanction ou d'incitation – qui se traduit par un allongement des ordonnances : le ratio médicaments / honoraires est passé de 1,98 en 1991 à 2,44 en 2001. La mission s'est par ailleurs interrogée sur l'incidence de deux facteurs particuliers : le conditionnement des médicaments d'une part, les

⁶ On rappellera que ces médecins, quoique ne pratiquant pas le tarif conventionnel, sont conventionnés. On peut, en outre, observer à la lecture de certains rapports qu'ils réalisent moins de consultations et prescrivent moins d'exams complémentaires

effets du tiers payant et de la dispense d'avance de frais d'autre part. La réponse sur le premier point fournie à la mission par M. Bernard Capdeville, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France, est sans ambiguïté : pour la majorité des médicaments, le conditionnement actuel est inadapté. Sur le second point – qui n'est pas spécifique au médicament –, le débat est plus ouvert (cf. III. B).

Il convient également de noter parmi les facteurs de dérapage des médicaments remboursés au titre des soins de ville le transfert récent de médicaments à délivrance hospitalière vers les officines de ville, tels que les soins médicamenteux aux personnes atteintes du sida, etc. Ceci a eu pour effet d'alourdir la dépense des médicaments remboursés en ville sans diminuer d'autant le budget global de l'hôpital.

A cet effet volume, s'ajoute un effet prix : comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport 2003 sur la Sécurité sociale, la France a choisi d'aligner le niveau des prix pour les nouveaux produits sur les prix européens. Cette orientation a des conséquences majeures puisqu'il provoque à la fois une accélération des demandes d'admission au remboursement et leur renchérissement. La Cour estime que les produits de moins de deux ans entrent ainsi pour près de moitié dans l'accroissement du coût du poste médicament.

La combinaison de ces deux phénomènes – jointe à des taux de marges élevés pour tous les acteurs de la filière résultant notamment de préoccupations industrielles et de la volonté de maintenir un réseau de distribution dense – pose évidemment un problème majeur si le dispositif d'admission au remboursement s'avère insuffisamment rigoureux. Or, tel est bien le cas. En dépit des mesures de baisse des taux de remboursement voire de déremboursement annoncées ces dernières années, l'annulation par le Conseil d'Etat de la baisse de certains taux de remboursement et l'admission au remboursement en grand nombre de médicaments au service médical rendu insuffisant constituent non seulement des vicissitudes de la mise en œuvre d'une politique rigoureuse mais aussi des témoignages de l'échec d'une véritable régulation en la matière.

Malgré les progrès en matière de génériques, et en dépit des multiples opérations de maîtrise des dépenses de médicaments intervenues ces dernières années, le poste médicament continue d'évoluer à un rythme supérieur à 7 % par an et contribue de façon forte au dérapage des dépenses.

c) La mission ne saurait se désintéresser du dispositif des indemnités journalières

Il convient tout d'abord de rappeler qu'elles ont été au cœur même de la création du système de Sécurité sociale. Il est d'ailleurs frappant de constater qu'elles figurent parmi les dépenses que le MEDEF accepterait de cogérer dans le cadre d'institutions véritablement paritaires et disposant d'une totale autonomie d'action. Si leur hausse de 6,7 % en 2003 ne saurait laisser les gestionnaires de l'assurance maladie indifférents, il convient de la relativiser. On observera qu'elles ne représentent que moins de 8 % des dépenses de l'assurance maladie alors qu'elles en constituaient près de 40 % à la création de la Sécurité sociale.

Leur hausse rapide – 13 % de bénéficiaires en plus depuis trois ans –, s'explique sans doute par certains facteurs conjoncturels, notamment la remontée du chômage. Indéniablement, certaines entreprises et certains de leurs salariés les plus âgés utilisent – parfois de façon involontaire – le système des indemnités journalières comme un mécanisme à mi chemin entre l'indemnisation du chômage et la préretraite. En effet, le vieillissement démographique, facteur structurel de l'augmentation des indemnités journalières, n'explique que pour moitié la hausse constatée. De ce fait, l'assurance maladie finance des dépenses qui relèvent certes de la solidarité mais devraient être assurées par d'autres dispositifs : la CNAM estime ainsi qu'au moins 6 % des indemnités journalières ne sont pas justifiés, ce qui correspond à 400 millions d'euros de dépenses indues.

Toutefois, lorsque qu'on replace l'évolution des indemnités journalières dans une perspective plus longue, cette hausse constitue une tendance structurelle puisqu'elle s'établit durablement à un niveau supérieur à 6 % depuis plus d'une demi-douzaine d'années.

La mission n'a guère évoqué ces points de façon directe mais ils sont à l'évidence présents dans le débat sur les abus et la fraude.

Au total, il convient de souligner que le dynamisme de l'enveloppe de soins de ville concerne l'ensemble de ses composantes, mais que celles-ci ont connu des évolutions différenciées : alors que la part des honoraires a légèrement baissé entre 1998 et 2002 – les professions médicales principales connaissant des augmentations, en moyenne de 4 % sur cinq ans en dépit de la forte hausse de 2002 et 2003 –, les dépenses de médicament et les indemnités journalières croissent sur la même période respectivement de 8,4 % et 9,2 %.

Si les soins de ville constituent une source importante du dérapage, les travaux de la mission ont mis en exergue la nécessité de prendre en compte la part des établissements dans la dépense de santé.

3. Les établissements et, au premier chef, l'hôpital public partagent la responsabilité de la dérive des dépenses

Si la croissance des dépenses liées aux établissements reste inférieure à celle des soins de ville, le différentiel s'est considérablement réduit depuis trois ans. Alors qu'il était de 3,7 points en moyenne par an sur la période 1996 à 1999, il n'est plus que de 2,6 points sur la période 1999 à 2002. Cette croissance des dépenses relatives aux établissements résulte avant tout d'un effet prix, le volume d'activité restant relativement modéré.

Le premier facteur de ce renchérissement tient au poids des dépenses de personnel et aux effets induits par la mise en place des trente-cinq heures, notamment à l'hôpital. On rappellera que la réduction du temps de travail est intervenue dans un contexte de raréfaction de la main-d'œuvre dans les professions médicales ce qui accroît naturellement le coût de celle disponible.

En ce qui concerne les dépenses supplémentaires supportées par l'assurance maladie, on se référera au coût de 5,5 milliards d'euros pour 2003 figurant dans le rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2003 de la Cour des comptes. Le coût des protocoles Aubry signés en 2000 et 2001 – concernant notamment le remplacement des personnels hospitaliers et dont le financement a été transféré en 2003 du budget de l'Etat à la charge de l'assurance maladie, comme prévu initialement – est estimé en année pleine à 1,566 milliard d'euros. Au plan budgétaire, le coût global prévisionnel de la création de ces emplois s'élève à 1,865 milliard d'euros en 2003 en tenant compte des établissements sociaux et médico-sociaux publics. A la fin de la période de mise en œuvre de la réduction du temps de travail à l'hôpital, en 2005, le coût total s'établira ainsi à près de 3,5 milliards d'euros par an.

A cette évolution s'ajoutent des facteurs de dépense connus de longue date.

La carte hospitalière s'avère difficile à réformer et la recomposition de l'offre s'en trouve ralentie. En dépit de la création des ARH et de la mise en œuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire, la réforme reste difficile alors que l'hôpital est souvent le premier employeur de la commune. Cette situation a pu faire dire à l'une des personnes auditionnées, M. Christian Saout, président de Aides, qu'il conviendrait pour maîtriser la dépense de mettre fin à la présidence du conseil d'administration des hôpitaux par les maires. La mission observe que le plan

« Hôpital 2007 » qui prévoit de réaliser 6 milliards d'euros d'investissements supplémentaires dans les hôpitaux entre 2003 et 2007 – correspondant à une augmentation de l'investissement moyen annuel de 30 %, concernant tous les établissements de santé – constitue une occasion unique d'accélérer la recomposition de l'offre hospitalière.

Un autre facteur résulte de l'absence de culture de résultat et d'une démarche de contrôle de gestion. Nombre d'interlocuteurs – et au premier chef le ministre de la santé – ont souligné la mauvaise gestion de ses achats par l'hôpital et relevé par exemple l'absence de centrales d'achats. De fait, cette situation explique sans doute une partie du dérapage des dépenses de médicament des établissements publics constaté ces trois dernières années. De même, l'absence de culture de résultat a nui à l'efficacité de la dépense et la mission n'a pas remis en cause la décision de passer à la tarification à l'activité destinée à remédier à cette situation.

Si plusieurs interlocuteurs ont évoqué à propos de l'hôpital, une « boîte noire », la mission n'a pas hésité à l'ouvrir en rappelant que l'hôpital représente désormais 40 % des dépenses de l'assurance maladie et qu'il ne saurait y avoir de réelle maîtrise des dépenses sans prise en compte de cette réalité.

4. Trois questions transversales sur les dépenses faisant débat entre les membres de la mission

La première d'entre elles porte sur les effets du tiers payant. Les membres de la mission sont partagés entre deux visions différentes des effets de tels mécanismes : d'une part, ils constituent un acquis social en particulier pour les plus modestes et favorise l'accès aux soins ; d'autre part, ces mécanismes – surtout quand les organismes complémentaires entrent également dans la démarche – sont ressentis comme favorisant une inflation des dépenses par un patient déresponsabilisé, voire de véritables abus liés au sentiment de gratuité qu'ils induisent.

De l'abus à la fraude, le pas est vite franchi. Sur ce deuxième point, la mission a eu communication du rapport d'étape de M. François Mercereau faisant notamment état de fraudes liées à la circulation de dix millions de cartes Vitale excédentaires. Si les membres de la mission se sont en grande majorité accordés sur le caractère marginal de ce phénomène dans l'augmentation des dépenses, leurs réactions n'en ont pas été moins nettes sur la nécessité d'en faire un élément du diagnostic.

La troisième question concerne les admissions en affection de longue durée et les prescriptions d'actes dont la cotation est supérieure à K50, pris en charge à 100 %. Elles représentent près de la moitié des

dépenses remboursées par les régimes d'assurance maladie. Leur progression plus rapide s'explique tout d'abord par une vive augmentation du nombre de personnes admises en ALD, de l'ordre de 6 % par an pour le régime général, et une croissance de la dépense unitaire liée à l'augmentation du coût des traitements. On rappellera que le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 a prévu d'en rationaliser le suivi par un recentrage du contrôle médical sur l'admission à exonération de certaines pathologies et de certaines prestations.

Partagés sur le resserrement des conditions de prise en charge de certains de ces actes, les membres de la mission semblent à tout le moins partager l'idée émise par de nombreux intervenants qu'une révision éventuelle, dans un sens moins avantageux, des conditions de remboursement de la prescription de médicaments – comme les traitements hypolipémifiants contre les excès de cholestérol – ou de la prescription de dispositifs médicaux ou encore la révision des critères d'admission en ALD doit reposer sur une expertise scientifique préalable incontestable et que tel n'est pas suffisamment le cas aujourd'hui.

En conclusion, les membres de la mission – tout en ayant des perceptions parfois divergentes de l'importance de tel ou tel facteur d'augmentation du déficit – constatent que le dérapage de la dépense n'est pas imputable à un poste de dépense clairement identifiable mais relève d'un phénomène généralisé et durable qui traduit les faiblesses structurelles de notre système de santé.

C. UNE EVOLUTION INSOUTENABLE

Le dérapage intervenu sur la période récente survient en outre dans un contexte de tensions des comptes de la Sécurité sociale qui ne permet plus aux autres branches de financer le déficit de l'assurance maladie quand bien même on souhaiterait faire ce choix.

Les autres branches s'équilibrent à peu près autour d'un solde nul : la branche vieillesse doit en effet « absorber » les conséquences financières de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites qui se traduit d'abord par des dépenses supplémentaires, liées notamment aux départs anticipés des personnes ayant commencé à travailler jeunes. La branche famille est également mise à contribution pour financer la mise en œuvre de la prestation d'accueil du jeune enfant. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 dressait le récapitulatif suivant de la situation de chaque branche.

énéral

	2000	2001	2002	
99				
,7	- 1,6	- 2,1	- 6,1	
	0,4	0	0,0	
	0,5	1,5	1,7	
	1,4	1,7	1,0	
	0,7	1,2	-3,5	

De plus, les chiffres publiés par la commission des comptes de la Sécurité sociale voici quelques semaines témoignent d'une situation moins favorable encore puisque le déficit de la branche maladie prévu pour 2004 est supérieur de deux milliards d'euros⁷ et que les autres branches accusent un déficit global supérieur de 1,1 milliard d'euros à ces mêmes prévisions. La branche maladie doit donc faire face seule à son déficit.

En outre, la mission partage les estimations selon lesquelles les dépenses de santé devraient croître spontanément selon un rythme supérieur de un à deux points au PIB. Quand bien même la croissance repartirait, il apparaît clairement que, compte tenu de l'évolution des dépenses, le déficit continuera de se creuser.

⁷ Encore convient-il de rappeler que cette hausse de déficit intervient alors que la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 a mis en œuvre des mesures d'économies et affecté des recettes supplémentaires en faveur de la branche maladie.

Plusieurs scénarios ont été établis, en fonction du taux de croissance de l'économie et du différentiel entre ce taux et le taux de croissance des dépenses d'assurance maladie (PIB + 1 point, PIB + 1,5 point, PIB + 2 points). Si l'on retient l'hypothèse d'une croissance supérieure de 1,5 % à celle du PIB, le déficit passerait ainsi selon les chiffres fournis par la CNAM à la mission à 29 milliards d'euros en 2010 et 66 milliards d'euros en 2020, sans même tenir compte de la charge de la dette. Ce chiffre brut peut sembler impressionnant ; il l'est encore davantage lorsque l'on met en regard les moyens de financement qu'appellerait la couverture d'un tel déficit : un point de CSG supplémentaire tous les trois ans soit un doublement d'ici 2020. La mesure est difficilement soutenable financièrement et socialement du fait de l'effet d'éviction qu'elle aurait sur les autres dépenses sociales. Toutefois les autres solutions ne sont guère plus acceptables : une diminution de plus de 20 points du taux de prise en charge ou un rythme de croissance des dépenses de santé à ramener à PIB – 0,7 point.

En conclusion, la mission considère donc que :

- les perspectives de déficit ne sont pas soutenables ;
- l'acceptation d'un tel niveau de déficit serait de nature à mettre en cause les principes qui sous-tendent l'assurance maladie voire son existence même ;
- l'incapacité du système à s'équilibrer naturellement traduit des déficiences structurelles et suppose une analyse rigoureuse des instruments de régulation de la dépense et une réflexion sur l'efficacité du système.

Le déficit n'est que le symptôme – certes grave – de maux profondément ancrés dans notre système de santé.

II.- L'INEFFICACITE DES PLANS DE REDRESSEMENT ET DES OUTILS DE MAITRISE

A. LES « PLANS DE SAUVETAGE » ADOPTES DEPUIS LE MILIEU DES ANNEES 1970 ONT EU UNE VISEE ESSENTIELLEMENT CONJONCTURELLE

1. Des plans d'abord consacrés aux aspects financiers

Ainsi que l'ont rappelé nombre de personnalités auditionnées par la mission, l'histoire de l'assurance maladie est devenue celle de ses plans de redressement financier. Du « plan Durafour » de 1975 au « plan Juppé » de 1995, ce sont pas moins d'une douzaine d'opérations de redressement comptable qui se sont succédé, sous toutes les majorités. Si ces plans n'ont pas comporté exclusivement des mesures conjoncturelles destinées à pallier les déficits courants de l'assurance maladie, ils ont cependant été largement concentrés sur l'aspect financier des choses.

A titre d'exemple, peuvent être citées des mesures aussi variées que le blocage du budget des hôpitaux publics, l'instauration de contributions exceptionnelles à la charge des laboratoires pharmaceutiques, les baisses de taux de TVA sur les médicaments, ou encore le relèvement des diverses impositions affectées aux organismes de Sécurité sociale.

2. Une régulation conjoncturelle centrée sur les prix réglementaires

Il n'est guère étonnant de constater que les leviers d'action conjoncturelle les plus communément utilisés par les plans précités ont été tarifaires. Ticket modérateur, forfait hospitalier et taux de remboursement du médicament, déterminés par décret ou arrêté, ont permis de freiner, plan après plan, la croissance des dépenses d'assurance maladie.

Cependant, qu'il s'agisse de l'instauration puis du relèvement du reste à charge pour les assurés, de son complément spécifique au séjour en établissement⁸ ou du moindre remboursement – voire du déremboursement – des spécialités pharmaceutiques, ces mesures ont eu généralement pour seule conséquence de faire fonctionner le système de vases communicants reliant les régimes de base et les organismes d'assurance complémentaire. De surcroît, du fait de la création de la CMU et des exonérations de ticket modérateur et de forfait hospitalier, le taux global de prise en charge par l'assurance maladie n'a jamais, on l'a dit, été aussi élevé, augmentant mécaniquement les dépenses. L'utilisation des instruments tarifaires s'est concentrée ces dernières années sur le

(8) Le forfait dû par journée d'hospitalisation a été porté de 10,67 à 13 euros au 1^{er} janvier 2004

médicament, par le biais du réexamen du service médical rendu (SMR) par l'ensemble des spécialités remboursables, achevé en 2001. S'en sont suivies de nombreuses décisions de déremboursement qui ont minoré le dérapage des dépenses de soins de ville en 2001, 2002, 2003 et 2004, à hauteur de plusieurs centaines de millions d'euros par an.

A partir de 1997, le caractère exceptionnel des plans, qui tendait à s'estomper, disparaît tout à fait : les lois de financement de la Sécurité sociale, créées par le dernier plan en date, institutionnalisent, en quelque sorte, la régulation conjoncturelle. Mais si le débat financier devient annuel, et focalisé, qui plus est, sur le déficit de l'assurance maladie, il n'apporte pas pour autant de solution à la mesure du problème posé, qui semble échapper à tout contrôle : non seulement ce déficit se creuse, mais il se creuse de plus en plus vite, provoquant une accumulation de dette sans précédent.

B. LE REPORT DE LA DETTE ACCUMULEE TEND A SE PERPETUER

Alors que les plans de redressement avaient jusque-là consisté, en règle générale, à stabiliser la dette accumulée, le « plan Veil » de 1993 a opéré une première reprise de dette par le budget de l'Etat, pour près de 17 milliards d'euros. L'une des ordonnances comprises dans le « plan Juppé »⁹ a cantonné cette dette dans un établissement public *ad hoc*, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), qui a reçu mission de financer, jusqu'en 2009, la dette cumulée à la date de sa création. A cette fin, la CADES s'est vu affecter à 100 % une recette également temporaire, la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS), dont l'assiette est sensiblement identique à celle de la CSG, quoiqu'un peu plus universelle encore¹⁰.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998 a prolongé la CADES et la perception de la CRDS jusqu'au 31 janvier 2014, en contrepartie d'une reprise de dette supplémentaire, essentiellement issue du régime général. En avril 2004, le montant total des dettes reprises depuis l'institution de la caisse s'établit à près de 54 milliards d'euros. Sur cette somme, à la fin de cette année, il restera à la CADES 34,3 milliards d'euros à financer.

La dette reprise en 1993 devrait être éteinte en 2005. Mais ce système de reprise de dette ne peut être efficace que si les plans de redressement visant à rétablir les comptes courants le sont également. La

⁹ Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996

¹⁰ En particulier, sont assujettis à la CRDS sans l'être à la CSG la plupart des prestations familiales et des aides au logement, le produit des jeux de table et les ventes d'objets et métaux précieux

prolongation de la CADES et l'existence d'une dette supplémentaire, d'un montant quasi équivalent, accumulée hors CADES, sont bien la preuve du contraire. Cette situation présente l'inconvénient majeur de reporter sur les générations futures le poids des déséquilibres actuels. Les discussions au sein de la mission ont été vives sur la question d'une éventuelle prolongation supplémentaire, comme on l'évoquera plus loin.

C. LES MESURES DE MAITRISE DE L'OFFRE DE SOINS ONT ECHOUÉ

1. Les premières mesures financières n'ont pas abouti

Trois types de mesures ont été mises en œuvre entre 1995 et 2001, dans la foulée de l'adoption du « plan Juppé » afin d'encadrer les dépenses d'assurance maladie : l'instauration de sanctions individuelles ou collectives des professionnels – les reversements –, à raison du volume de leurs actes ou de leurs prescriptions, la création des « lettres-clefs flottantes », et la surveillance extérieure par les pairs ou par les caisses.

En substance, le mécanisme des reversements consistait à sanctionner financièrement l'ensemble des médecins dans un ressort géographique donné, lorsqu'au sein de ce périmètre le volume des actes effectués dépassait la norme d'évolution préétablie. Un médecin s'étant individuellement plié au respect de cette norme comptable n'en aurait pas moins subi la sanction collective du reversement pécuniaire à l'assurance maladie. Dans le même ordre d'idées, la responsabilisation des médecins sur leur prescription consistait à baisser leurs honoraires en cas de dépassement d'un plafond global de hausse des prescriptions. Ces mesures drastiques, contraires au principe d'égalité, ont pour cette raison même été censurées ou annulées, respectivement par le Conseil constitutionnel et par le Conseil d'Etat. Quant aux sanctions individuelles, elles se sont heurtées à l'impossibilité pratique d'une mesure incontestable des pratiques de chaque professionnel, processus par ailleurs lourd à mettre en place. Les représentants des principales caisses de base ont néanmoins indiqué à la mission qu'il était aujourd'hui techniquement réalisable.

Introduit par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000, le dispositif des lettres-clefs flottantes prévoyait qu'une annexe au projet de loi de financement fixe, pour chacune des professions sous convention, un objectif de dépenses remboursables ainsi que des tarifs d'actes et des honoraires. Les caisses étaient chargées du suivi infra-annuel de ces dépenses. Si l'évolution de celles-ci n'était pas compatible avec l'objectif initial, les caisses et les professionnels, ou, en cas de désaccord, les caisses seules, pouvaient prendre toutes mesures appropriées pour rétablir l'équilibre initialement prévu : des actions visant à réduire le volume des actes, soit par remise en cause de leur pertinence sur le plan médical, soit par

modification, dans la limite de 20 %, de leur prix, en jouant sur leur cotation – les lettres-clefs figurant dans la nomenclature des soins remboursables.

Ce système s'est vite révélé à la fois complexe et inadapté ; il a en outre été, à juste titre, très mal ressenti par les professionnels. En contrepartie de sa suppression, la loi de financement pour 2003 est revenue à la fixation des tarifs dans le cadre du règlement conventionnel minimal.

En outre, la même loi a supprimé un autre dispositif de régulation qui s'était lui aussi révélé impraticable : celui des comités médicaux régionaux, créés par l'une des ordonnances de 1996¹¹, qui devaient permettre aux caisses de contester le volume de certaines prescriptions non justifiées médicalement. Composés à parité de représentants de médecins libéraux et du contrôle médical, et présidés par le médecin-inspecteur régional, ils étaient censés jouer le rôle d'instances précontentieuses, mais ne sont pas parvenus à remplir leur mission, du fait de nombreux dysfonctionnements et d'une contestation de fond. Ils ne sont plus réunis à compter de 2000. Le système de pilotage fin des honoraires des professions libérales par la CNAMTS au moyen de rapports de suivi de l'objectif de dépenses délégué (ODD) aura eu une durée de vie encore plus courte : instauré en 2000, il est dès 2001 tombé en désuétude.

En lieu et place de ces mécanismes complexes et stigmatisants, aboutissant, comme l'ont déclaré certains, à une simple « maîtrise comptable », il a été proposé de retrouver les voies du dialogue et de la responsabilisation entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, par la mise en œuvre d'une « maîtrise médicalisée ».

2. La maîtrise médicalisée n'a jusqu'ici produit que des résultats ponctuels

Définie par réaction à la régulation comptable qui n'a pas fait la preuve de son efficacité, la « maîtrise médicalisée » se veut beaucoup plus incitative et participative, tout en poursuivant le même objectif. Moins stricte dans son application, la maîtrise médicalisée l'est aussi dans sa définition. Elle recouvre l'ensemble des mesures de régulation de l'offre de soins dont la mise en œuvre repose sur les professionnels de santé eux-mêmes, et subordonne toute économie à la réalisation d'une condition à contenu médical : il s'agit d'inciter les professionnels, y compris au moyen de rémunérations forfaitaires, à réduire le nombre de leurs actes et le volume de leurs prescriptions.

¹¹ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

On peut ainsi ranger sous cette appellation des mesures aussi diverses que la modération négociée de l'activité des laboratoires d'analyse obtenue en 1991, les références médicales opposables (RMO)¹², l'exclusion de l'admission au remboursement des actes non médicalement justifiés, la modération de la prescription des antibiotiques, la généralisation du test de diagnostic rapide de l'angine qui poursuit le même objectif, le développement de la prescription en dénomination commune internationale, l'expérimentation du dispositif du médecin référent ou la promotion du bilan orthophonique.

En même temps qu'elle supprimait les reliquats de la maîtrise comptable, la loi de financement pour 2000 instaurait un mécanisme d'une grande souplesse, chargeant le conseil de surveillance de la CNAMTS – présidé par un parlementaire et réunissant de la façon la plus large tous les acteurs concernés – de veiller à la cohérence des conventions passées entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé avec l'ONDAM.

Devant le risque que cette « veille » n'aboutisse pas à des résultats suffisamment efficaces en termes de rationalisation financière, et pour ne pas laisser les caisses totalement dépourvues de levier d'action après la suppression des dispositifs de régulation comptable, a été prévue l'inscription dans les conventions entre les caisses et les professionnels de mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives seraient contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention.

A côté des mécanismes conventionnels globaux, ces éléments de modération de l'activité, établis par profession, sont définis *via* la politique contractuelle traduite dans les accords de bon usage des soins (AcBUS) ou les contrats de bonne pratique conclus avec les caisses. Apparus en 2000 et réformés en 2002, les AcBUS sont plus ponctuels et plus répandus que les contrats de bonne pratique. Ces derniers peuvent, depuis cette année, être conclus à l'échelle régionale, à l'instar des AcBUS. Enfin, des incitations financières à la promotion de ces mesures sont prévues. Les données statistiques disponibles indiquent cependant le peu de dynamisme de cette politique contractuelle¹³.

¹² Les RMO relèvent de la maîtrise médicalisée ; la sanction financière de leur opposabilité (demeurée inappliquée) relevait de la maîtrise comptable

¹³ Une douzaine d'AcBUS et une quinzaine de contrats de bonnes pratiques signés à ce jour à l'échelle nationale

L'intérêt de la maîtrise médicalisée est indéniable, et pourtant, *stricto sensu*, les pratiques qu'elle recouvre demeurent dépourvues d'une réelle expertise scientifique, que seule une structure telle que l'ANAES est à même de fournir. Telle est précisément l'amélioration prévue en application de la loi de financement pour 2004, qui doit également alléger la procédure d'approbation de ces contrats et accords.

Porteur de cette recommandation, le rapport sur la médicalisation de l'ONDAM, remis en mars 2003 par le groupe de travail qu'animait M. Alain Coulomb, auditionné par la mission, préconisait de multiples axes d'action.

Au cœur de ces recommandations, comme au cœur de l'échec de la maîtrise comptable ou des promesses de la maîtrise médicalisée, se trouve l'implication des praticiens eux-mêmes, au premier rang desquels les médecins généralistes libéraux. Les auditions menées par la mission ont permis à cet égard de prendre la mesure des vicissitudes des mécanismes conventionnels.

D. LES MECANISMES CONVENTIONNELS SONT EN CRISE PERMANENTE

Héritier de processus de négociation départementaux, le dispositif conventionnel à l'échelle nationale remonte à 1971. Depuis cette date, en dépit d'enrichissements constants, cet édifice n'a jamais pu être véritablement consolidé sur le plan juridique, de sorte que les espoirs de maîtrise de la dépense reposant sur lui ont constamment vacillé.

Les conventions médicales symbolisent en quelque sorte la tension de notre système de soins entre exercice libéral de la médecine d'une part, et encadrement constitutionnel et législatif, d'autre part. En effet, l'article 34 de la Constitution réserve à la loi la définition des « *principes fondamentaux de la Sécurité sociale* », et la jurisprudence administrative ne reconnaît au dispositif conventionnel qu'une autonomie toute relative à l'intérieur de ce cadre législatif, puisque le pouvoir réglementaire peut seul conférer force exécutoire aux stipulations conventionnelles.

Dans cette voie étroite, jalonnée de très nombreuses annulations totales ou partielles par le juge, le champ conventionnel est néanmoins allé s'élargissant, à mesure que se faisait sentir la nécessité d'une régulation concertée des pratiques médicales. Ainsi, à partir d'une négociation purement tarifaire, les conventions ont peu à peu gagné le terrain des pratiques médicales et des modalités d'exercice de l'activité de soin. Parallèlement, le dispositif conventionnel en est venu à concerner l'ensemble des professions médicales et paramédicales, des généralistes et

spécialistes aux transporteurs sanitaires, en passant par les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, se ramifiant un peu plus chaque année.

En 1980, en 1990, en 1993, en 1996, en 1998, en 1999, en 2002¹⁴ notamment, la loi a constamment élargi le domaine conventionnel, ouvrant la voie à des expérimentations qui forment la trame de la quasi-totalité des pistes de rationalisation et d'amélioration qualitative des dépenses évoquées au cours des auditions effectuées par la mission : médecin référent, dossier médical partagé, rémunération forfaitaire des praticiens, permanence des soins, formation continue...

Autant de mesures pourtant insuffisamment suivies d'effet, soit qu'elles aient été contestées en droit, soit qu'elles aient manqué de la force contraignante des outils de la maîtrise comptable. La mission dresse ici un constat paradoxal : au refus de toute contrainte excessive pesant sur l'exercice libéral des professions médicales et paramédicales fait écho le regret d'un manque de moyens efficaces pour infléchir les pratiques et les comportements. Un constat similaire a d'ailleurs été établi de façon unanime par tous les observateurs à propos de l'outil *a priori* pertinent des lois de financement de la Sécurité sociale.

E. LES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE SE SONT REVELEES INADAPTEES A LEUR OBJET

Ainsi qu'il a été dit, exception faite de la première d'entre elles, votée en 1996, toutes les lois de financement de la Sécurité sociale ont fixé un ONDAM qui a été dépassé en exécution, quand bien même la norme de progression prévue se voulait « réaliste », c'est-à-dire importante. L'objectif de régulation annuelle n'a donc pas été atteint, mais il faut toutefois reconnaître un mérite à cet outil : celui d'avoir mieux associé le Parlement au suivi du financement de la Sécurité sociale, à travers un débat annuel consacré par la Constitution, et que nul ne songerait à supprimer. Les auditions menées par la mission ont au contraire montré que l'ensemble des parties prenantes songeaient bien plutôt à renforcer les prérogatives du Parlement dans ce domaine.

Deux critiques majeures peuvent être adressées aux lois de financement de la Sécurité sociale. L'une touche au fondement même de ces textes qu'est le caractère indicatif des objectifs de dépenses fixés ; l'autre a trait à l'utilisation faite de cet outil dans sa forme actuelle.

¹⁴ En dernier lieu, la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie distingue trois étages : un accord-cadre national, des conventions professionnelles et des engagements contractuels individuels

Les objectifs de dépenses, et singulièrement l'ONDAM, ont vocation à n'être pas respectés – telle est du moins l'habitude qui s'est rapidement instaurée à partir de 1998. Tous les interlocuteurs de la mission ont dénoncé ce défaut consubstantiel des lois de financement, évoquant, pour plusieurs d'entre eux, la nécessité de les transformer en « véritables lois de finances ». C'est sans doute passer un peu vite sous silence un débat fondamental, qui renvoie à la gouvernance du système et que l'on ne peut qu'effleurer à ce stade : selon quels critères les objectifs de dépenses opposables seraient-ils déterminés ? comment les ferait-on respecter ? Par ailleurs, il faut être conscient du fait qu'une telle réforme nécessiterait l'intervention du législateur organique. M. Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, a d'ailleurs mentionné lors de son audition la possibilité d'adjoindre au projet gouvernemental un volet organique.

Mais avant d'aborder l'éventualité d'une telle réforme de fond, il convient d'analyser dans quelle mesure l'utilisation qui a été faite jusqu'à aujourd'hui des lois de financement de la Sécurité sociale aurait pu, à la marge, gagner en efficacité. Alors même que cette possibilité avait été expressément prévue par le gouvernement pour 2003, la discussion d'un projet de loi de financement de la Sécurité sociale rectificative en cours d'année aurait permis de renforcer la pertinence des objectifs de dépenses. Le rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale qui paraît chaque année au mois de juin est de nature à faciliter grandement l'exercice. Au lieu de quoi, à l'automne, c'est un seul et même texte qui fixe à la fois les objectifs révisés pour l'année en cours, et à partir de ces chiffres rebasés, les objectifs de l'année suivante. La Cour des comptes n'a pas manqué de fustiger le manque de lisibilité de cette technique, qui va à l'encontre du but de clarification assigné aux lois de financement.

Au-delà des instruments de maîtrise techniques, juridiques et économiques, qui ont pu être inventés depuis plus de trente ans et à un rythme sans cesse plus soutenu ces dix dernières années, la mission veut insister sur cette remarque de bon sens : la régulation conjoncturelle de l'offre de soins, outre qu'elle présente les limites intrinsèques que l'on vient d'exposer, ne saurait éclipser entièrement toute réflexion sur la demande de soins, et donc sur l'attitude des assurés et des patients.

F. LA PRISE DE CONSCIENCE DU COUT DE LA SANTE EST INSUFFISANTE CHEZ LES USAGERS DE L'ASSURANCE MALADIE

A la différence des représentants d'associations d'usagers auditionnés par la mission, qui ont démontré leur claire conscience des enjeux, y compris financiers, de l'indispensable réforme de l'assurance maladie, les études disponibles tendent à indiquer que les assurés sociaux ne réalisent pas leur condition d'assuré. On trouve ainsi trace de comportements de type patrimonial à l'égard des prestations en espèces : il

arrive que les indemnités journalières de maladie soient perçues non seulement comme un salaire différé, mais encore comme un dû. Le comportement patrimonial n'est pas aussi net pour les prestations en nature, mais il peut se rencontrer également, sous la forme de raisonnements du type : « Je cotise, j'acquiesce la CSG, j'ai droit à tel examen biologique ou tel acte clinique coûteux ». De tels excès sont certainement rares, mais ils n'en sont pas moins condamnables.

Cela est d'autant plus vrai que, comme l'a rappelé M. Bertrand Fragonard devant la mission, citant une récente étude du CREDOC¹⁵, les Français sous-estiment le montant de leur contribution au financement du système de santé. 72 % des actifs ignorent le taux des cotisations d'assurance maladie pesant sur leur salaire. Parmi les 28 % restants, ils sont un tiers à l'estimer inférieur à 7 %. Quant au taux de la CSG, il est chiffré à moins de 4 % par 47 % de l'échantillon. Le coût d'une couverture complémentaire est mieux connu, probablement du fait de la connaissance par un certain nombre de personnes interrogées du montant de leur contrat individuel.

En outre, selon l'étude précitée du CREDOC, la moitié des Français ignore le montant moyen par personne des dépenses de soins engagées en un mois. La moyenne des réponses s'établit à 50 euros, pour une fourchette s'étageant entre 0 et 2 000 euros, et 47 % des personnes interrogées mentionnent un montant de 15 euros. La loi du 4 mars 2002 autorise pourtant les caisses à informer les assurés sur les tarifs de remboursement et les conditions de prise en charge des biens et services médicaux.

L'un des facteurs explicatifs de cette méconnaissance réside sans doute dans la généralisation du tiers payant. Une telle situation contribue à l'évidence à rendre difficile la maîtrise de la demande de soins ; elle invite aussi, d'ores et déjà, à mesurer l'effort de pédagogie nécessaire pour convaincre les Français de l'urgence d'une réforme d'ampleur, et à anticiper leur perception des efforts qui leur seront demandés.

Si les plans de sauvetage successifs et leur lot d'outils de maîtrise conjoncturelle de l'offre ou de la demande de soins n'ont pas été à même d'empêcher le creusement des déficits et l'accumulation de la dette, d'autres lacunes ont accentué cette évolution : l'insuffisante exploitation du gisement des économies structurelles.

¹⁵ Étude réalisée en août 2003, notamment à la demande de la CNAMTS, par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

III.– DES SOURCES D'ECONOMIES STRUCTURELLES INSUFFISAMMENT EXPLOITEES

Lors de son audition, M. Alain Coulomb a chiffré « *le coût de la non-qualité* » de notre système de soins – autre appellation du « *gâchis* » ou du « *gaspillage* » évoqués par d'autres personnes auditionnées –, l'évaluant à un montant considérable, compris entre 15 et 20 % des dépenses. Quelle qu'en soit son ampleur, il est alimenté à la fois par les acteurs qui font imparfaitement fonctionner le système de soins, et par leurs évaluateurs dont les méthodes et les prérogatives sont pour le moins perfectibles.

A. LES IMPERFECTIONS DANS L'ORGANISATION DU SYSTEME DE SOINS

1. La coordination fait défaut

Le défaut de coordination dont pâtit le système de soins a été unanimement dénoncé au cours des auditions menées par la mission, dans le droit fil du diagnostic formulé par le Haut Conseil. M. Alain Coulomb a précisé ce défaut en identifiant ses trois aspects, en forme de triple cloisonnement : le manque de suivi cohérent et global du patient, l'absence de coordination entre médecine de ville et hôpital, que l'on a déjà évoquée, et la coupure entre le secteur public hospitalier dans toutes ses composantes et l'hospitalisation privée. En outre, la prévention n'occupe pas la place centrale qui devrait être la sienne (*cf. infra* point 4).

Le manque de prise en charge cohérente du patient tout au long de son parcours médical est la résultante de plusieurs facteurs. En premier lieu, le libre choix du ou des médecin(s) consulté(s) ainsi que l'accès direct au spécialiste favorisent ce qu'il est convenu d'appeler le nomadisme médical, les différents professionnels n'étant pas en mesure de connaître l'ensemble du parcours de leur patient et des traitements et prescriptions qu'il comporte. Le risque d'iatrogénie s'en trouve renforcé. C'est l'un des arguments mis en avant par les promoteurs du médecin référent. En second lieu, la conclusion de conventions entre les caisses d'assurance maladie et chaque profession prise isolément tend à maintenir et à renforcer les frontières entre disciplines. La spécialisation de la médecine tend à accentuer ce phénomène.

La deuxième forme de cloisonnement, entre la ville et l'hôpital, recouvre elle aussi plusieurs dysfonctionnements. Elle tient d'abord à la possibilité, très largement utilisée, d'avoir recours à l'hôpital en première intention, soit pour une urgence avérée, soit par commodité financière, soit par défaut d'offre de soins de ville dû à une insuffisante implantation de médecins ou à l'absence d'organisation de permanence des soins. Ensuite, les réseaux de soins demeurent aujourd'hui peu développés. On en compte moins d'une vingtaine, les fonds destinés à leur développement ayant été sous-utilisés, comme l'a noté la Cour des comptes. Enfin, à l'issue d'un

séjour hospitalier, le manque d'organisation des soins de suite et de réadaptation comme la difficulté de se faire effectivement communiquer le dossier du patient établi dans l'établissement empêchent un retour fluide et rapide vers le secteur ambulatoire, vers le secteur médico-social ou vers l'hospitalisation à domicile.

La troisième frontière passe entre les hôpitaux publics et les établissements participant au service public hospitalier d'un côté, et les établissements privés de l'autre. Lors de la table ronde consacrée aux établissements de santé, la mission a pu entendre l'un des principaux représentants de l'hospitalisation privée revendiquer la participation pleine et entière de ce secteur au système de soins et à la réforme en préparation. D'ores et déjà, la compétence des agences régionales de l'hospitalisation en matière de restructuration de l'offre publique et privée de soins hospitaliers, de même que l'unification des fonds de financement de l'investissement au profit des établissements est un levier du rapprochement. Néanmoins, au-delà de la politique de recomposition hospitalière, la dichotomie public/privé demeure irréductible, tant les missions et le modèle économique diffèrent.

A l'intérieur même de l'hôpital public, les défauts d'organisation d'un secteur qui concentre près de 30 % des dépenses méritent que l'on s'y attarde.

2. La gestion interne de l'hôpital est dispendieuse

L'audition de M. Alain Coulomb comme la table ronde consacrée aux établissements de santé ont fait apparaître la faible propension aux économies de gestion à l'intérieur du secteur hospitalier public, Mme Rose-Marie Van Lerberghe estimant même que, de ce fait, « *tout est en place pour une explosion des dépenses à l'hôpital* ».

Outre l'absence de culture du résultat – jusque dans les politiques d'achat des hôpitaux – et le manque de développement de filières de soins, la mission souhaite souligner deux lacunes en termes d'économies structurelles potentielles : la mutualisation des moyens et la réorganisation des ressources humaines. La mutualisation des moyens, qui devraient permettre les regroupements de services ou d'établissements en vue de la constitution de véritables pôles de soins, est en théorie une source évidente d'économies d'échelle. M. Jean-Marie Spaeth a toutefois reconnu devant la mission que ce type de mesure pouvait se heurter, à Paris par exemple, à la force des habitudes, et dans des villes de taille bien plus modeste, à des préoccupations d'ordre économique, tel le maintien de l'emploi local. Toujours est-il que la nécessité d'une mutualisation, reconnue par tous,

demeure, huit ans après la création des ARH, du domaine du souhaitable, malgré un réel travail et des réalisations exemplaires de ces structures.

Plus puissant encore est le levier de la réorganisation en profondeur du travail, que fournissait, de façon assez inespérée, la mise en œuvre des 35 heures à l'hôpital. Alors que les entreprises soumises à cette réforme l'ont presque toutes utilisées pour une remise à plat de la gestion des ressources humaines et des processus de production, l'hôpital a démontré à cette occasion qu'il représentait, pour reprendre le mot sévère de Mme Rose-Marie Van Lerberghe, « *le degré zéro de la réflexion organisationnelle*¹⁶ ». La directrice générale de l'AP-HP a pourtant pertinemment rappelé que, dans les services de pédiatrie par exemple, l'utilisation intelligente des 35 heures aurait pu conduire à alléger les présences en été pour éviter les engorgements de l'hiver. Les flux d'activité ont beau être connus, il existe une incapacité manifeste à adapter les moyens aux besoins. Une seconde chance s'offre à l'hôpital, ainsi que l'a souligné devant la mission M. Gérard Vincent, délégué général de la Fédération hospitalière de France : la conjonction d'importants départs à la retraite à compter de 2005, de la fin des créations d'emplois liées aux 35 heures et de l'arrivée à échéance des protocoles hospitaliers.

Au-delà des faiblesses spécifiques à l'hôpital, le défaut d'organisation de la formation médicale continue concerne l'ensemble des professions de santé.

3. La formation médicale continue n'est pas assez suivie

Des premières initiatives de la profession en 1974 au projet de loi de santé publique en cours d'examen devant le Parlement, l'histoire de la formation médicale continue est parsemée d'à-coups, puisque se sont succédé et superposés les dispositifs volontaires et les dispositifs contraignants, les dispositifs légaux, conventionnels et professionnels, les dispositifs nationaux et régionaux. Cette « *histoire tourmentée* », comme la qualifie la Cour des comptes, a abouti à la coexistence de divers systèmes dont aucun n'a aujourd'hui de dimension significative. Se pose par ailleurs l'éternelle question du financement de la formation continue, qui provient

¹⁶ D'une façon plus générale, la mission tient à saluer le diagnostic établi dans le rapport Couanau sur l'organisation interne de l'hôpital (Rapport d'information n° 714, mars 2003), qui a contribué à éclairer la « boîte noire » décrite par certains observateurs

majoritairement de l'industrie pharmaceutique¹⁷, provoquant inévitablement des débats déontologiques.

La mission n'a pas cherché à démêler cet écheveau historique. Elle s'accorde à considérer qu'aujourd'hui, le déficit de formation continue contribue à dégrader l'excellence de notre système de soins, et partant, représente un gisement d'amélioration de la qualité et d'économies structurelles : l'utilisation des meilleures techniques, des médicaments les plus appropriés et des protocoles les plus récents, sur le fondement d'une formation scientifique, est à l'évidence un objectif d'intérêt général.

La loi du 4 mars 2002 comportait des dispositions spécifiques à la formation continue. Un rapport de référence a été plus spécialement consacré aux médecins libéraux¹⁸. L'actuel projet de loi de santé publique est l'occasion d'un réexamen de l'existant. La mission considère que le Parlement est ici dans son rôle, et puisque le constat partagé est celui de réelles insuffisances, il serait opportun que la représentation nationale fixe un cadre simple et souple.

Il convient en effet de trancher entre les différentes conceptions qui se sont exprimées devant la mission : à ceux qui considèrent que la formation continue, obligation déontologique, ne saurait être érigée en obligation légale, répondent les tenants d'un certain degré de contrainte et de sanction, positive ou négative. La question du *degré* de contrainte ou d'incitation est sans doute centrale ; elle se pose également en matière de prévention.

4. La prévention demeure négligée

Au cours de ses auditions, la mission a dû régulièrement demander à ses interlocuteurs de se prononcer sur les questions de prévention, preuve, s'il en était besoin, que cette dimension est trop souvent oubliée dans le diagnostic. Elle est pourtant primordiale puisque, comme l'a rappelé le ministre de la santé, le but d'un système de santé est bien de diminuer la morbidité et la mortalité prématurée évitables, en réduisant le nombre d'« années de vie perdues ».

¹⁷ Cette source de financement représente près de 300 millions d'euros par an, contre seulement 17 millions d'euros pour le financement conventionnel, reposant sur les praticiens eux-mêmes. À l'hôpital, un montant égal à 0,5 % de la masse salariale doit théoriquement être consacré à la formation continue

¹⁸ Rapport au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, présenté par Mme Dominique Laurent, conseiller d'Etat, sur la formation médicale continue des médecins libéraux, novembre 2002

Une mesure possible de la place de la prévention dans notre système de soins est son poids dans la dépense courante de santé. En 1998, la DREES et le CREDES¹⁹ l'ont estimée, dans son acception la plus extensive – qui inclut une part des dépenses de soins – à 7 % de cette dépense, soit 9 milliards d'euros environ. Selon l'acception plus stricte des comptes nationaux de la santé, la prévention a mobilisé 3,6 milliards d'euros en 2002 ou 2,3 % de la dépense courante de santé. L'un comme l'autre de ces chiffres indiquent l'ampleur des marges de progression existantes.

L'Organisation mondiale de la santé distingue trois types de prévention. Au stade primaire, il s'agit de prévenir la venue de la maladie en agissant sur ses causes et déterminants, notamment par l'éducation à la santé et des actions d'information. La prévention secondaire vise à détecter les maladies, ou les lésions qui les précèdent, à un stade où l'on peut intervenir utilement : c'est la définition du dépistage. La prévention tertiaire, plus tardive, vise à diminuer les récives et les incapacités et à aider les personnes malades à vivre au mieux de leurs possibilités. Derrière chacune de ces dimensions, la mission est convaincue que l'état de santé de la population peut s'améliorer, à un coût structurellement moins élevé pour la collectivité.

Elle n'est pas moins convaincue que la prévention ne se décrète pas. Mais l'éducation, l'information, l'organisation du dépistage et l'élaboration de protocoles adaptés, sous l'impulsion de l'Etat et de ses opérateurs – l'INPES²⁰, l'Institut de veille sanitaire et les agences de sécurité sanitaire pour l'aspect préventif de leurs missions –, ne sauraient être suivies d'effet sans implication volontaire des professions de santé. Une telle évolution nécessitera certainement une clarification des rôles entre ces différentes parties prenantes : si la prévention doit progresser de façon tangible, mesurée par des indicateurs de résultat, comme le prévoit le projet de loi en discussion relatif à la politique de santé publique, une identification des responsabilités est indispensable. Parallèlement, devra être menée une réflexion sur les moyens de favoriser explicitement les efforts accomplis par les praticiens envers les patients pour améliorer la prise en compte de la prévention sanitaire. L'idée d'une incitation financière forfaitaire en ce sens est évoquée *infra* (3^{ème} partie, II.B).

¹⁹ Ph. Le Fur, V. Paris, C. Pereira, T. Renaud et C. Sermet, « Les dépenses de prévention dans les Comptes nationaux de la santé. Une approche exploratoire », Questions d'économie de la santé, n°68, Série Analyse, juillet 2003

²⁰ L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé a succédé en 2002 au Comité français d'éducation pour la santé, avec des missions élargies

Au carrefour des comportements individuels, de l'attitude des prescripteurs et des logiques industrielles, la politique du médicament semble une équation plus complexe encore.

5. La politique du médicament présente des incohérences

La politique structurelle du médicament a consisté, depuis 2000 seulement, et donc avec un retard considérable sur les pays comparables au nôtre, à promouvoir les médicaments génériques, en développant le droit de substitution, en aménageant les marges des distributeurs et des pharmaciens, en encourageant leur prescription par les médecins, en accélérant leur mise sur le marché et en alignant sur leur prix de vente le niveau de remboursement des spécialités auxquelles ils sont substituables. Les résultats en termes de part de marché deviennent notables.

Mais deux écueils demeurent, qui tempèrent ces quelques améliorations. D'une part, il faut prendre conscience de la très forte prépondérance de l'effet de structure dans la hausse des dépenses de médicament : en 2002, pour une évolution globale du chiffre d'affaire des médicaments de 3,6 %, l'effet prix a joué pour - 1,5 %, l'effet volume pour 0,3 %, et l'effet de structure, c'est-à-dire la déformation statistique vers les spécialités les plus coûteuses (qui sont souvent les plus récentes et/ou les plus innovantes), pour 4,9 %.

D'autre part, comme l'a pointé la Cour des comptes dans son rapport sur La Sécurité sociale de 2003, « la France est le seul pays européen qui poursuive simultanément un aussi grand nombre d'objectifs : le réseau de répartition et de distribution le plus dense, protégé par un encadrement des marges et des remises commerciales à tous les stades, une protection de l'industrie contre l'importation dite " parallèle ", un rapprochement des prix industriels vers ceux des pays les plus chers, un taux moyen de remboursement élevé et croissant, un nombre de présentations admises au remboursement très important, et cela dans un contexte où les quantités consommées par habitant sont parmi les plus élevées au monde. » Et la Cour d'en appeler à des réorientations majeures.

Or, face à ce diagnostic préoccupant et au constat dressé plus haut d'un déficit substantiel sur ce poste de dépenses, on peut s'étonner que les représentants de l'industrie pharmaceutique s'en soient tenus devant la mission à la seule annonce d'une prochaine chute de la croissance des dépenses de médicament : rien de moins qu'une croissance zéro, toutes choses égales par ailleurs, à un horizon de deux ans.

En sens inverse, la mission n'a pas manqué de noter que la politique de déremboursement de certaines spécialités, bien qu'elle produise de substantiels efforts sur les comptes de l'assurance maladie, entraîne des conséquences non désirées : les prescriptions des médecins peuvent, par exemple, se reporter des médicaments déremboursés vers les médicaments qui demeurent remboursés. Ou bien le prix des spécialités déremboursées peut soudain augmenter dans des proportions importantes, décourageant ainsi un comportement d'automédication qui comporte par ailleurs des aspects vertueux. Enfin, une autre incohérence a été soulignée par certains membres de la mission : est-il de bonne logique de poursuivre en même temps une politique de développement du marché des génériques et d'encouragement à la prescription en dénomination commune internationale d'une part, et la généralisation des tarifs forfaitaires de responsabilité d'autre part, alors qu'il s'agit d'outils concurrents dans la poursuite d'un objectif unique ?

Sur ce sujet comme sur d'autres, la mission estime que si aucune réforme ne peut se faire sans les professionnels, et moins encore contre eux, ils ne peuvent néanmoins s'exonérer de leur part de l'effort collectif nécessaire au sauvetage de l'assurance maladie. Cela vaut également pour les professionnels de santé soumis à l'évaluation de leurs pratiques, aujourd'hui insuffisante.

B. LES INSUFFISANCES DU CONTROLE ET DE L'EVALUATION

1. Une évaluation des pratiques lacunaire

En dépit des promesses dont elles sont porteuses, l'accréditation, l'évaluation et la certification des pratiques médicales n'ont pas encore dépassé le stade de leur démarrage ou de leur expérimentation. La mission s'est attachée à distinguer entre ces trois formes d'une même politique. Elle constate ainsi que les défauts de l'accréditation des établissements de santé, décriée pour sa lenteur et son insuffisante médicalisation, ont bien été perçus. Avec 700 établissements accrédités chaque année, l'ANAES atteint, comme l'a indiqué son directeur général, M. Alain Coulomb, les objectifs qui lui ont été assignés : l'accréditation quadriennale de chaque établissement. Les biais d'une analyse qui tend à donner trop d'importance aux fonctions annexes de l'hôpital, comme la restauration ou l'hébergement, doivent être corrigés. Même s'il n'est pas inintéressant de constater des

écarts considérables de rapport qualité-prix sur ces postes, qui obligent les gestionnaires à s'interroger sur leurs coûts²¹.

L'évaluation des pratiques professionnelles des praticiens libéraux a connu un début de mise en œuvre généralisée à compter de la fin de 2002 sous l'égide des URML²². Mais la Cour des comptes note qu'en mars 2003 elle ne concernait encore que 180 médecins. Les ordres professionnels revendiquent également leur implication dans ce domaine, tandis qu'à l'hôpital les sociétés savantes, organisées par spécialité, interviennent parfois à la demande des commissions ou conférences médicales d'établissement pour évaluer des professionnels en difficulté. Ces légitimités entrecroisées, rarement reconnues de façon incontestable, et ces interventions dispersées, expliquent le faible développement de l'évaluation.

Il a été indiqué à la mission par les gestionnaires des principales caisses des régimes obligatoires de base que le volume des prescriptions hors protocole, facteurs par conséquent de moindre qualité des soins, atteignait un taux de 15 à 20 %, ce que la Cour des comptes confirme. M. Daniel Lenoir, directeur de la CNAMTS, a même évoqué sur ce point des taux de prescription en dehors des indications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) pouvant approcher 50 %.

Le propos de la mission n'est pas de rechercher un responsable pour le pointer d'un doigt accusateur. D'ailleurs, les caisses, premiers témoins de cette forme de gaspillage, n'y songent pas non plus, demandant plutôt l'édiction de référentiels clairs en termes de bonnes pratiques médicales, afin d'être en mesure de contrôler leur application avec toute la légitimité nécessaire. Or, depuis la mise en place des RMO, dont le non-respect ne fait plus l'objet de sanctions, de tels référentiels ne sont élaborés que ponctuellement par des conférences de consensus sous l'égide de l'ANAES, et ces recommandations de bonne pratique sont, semble-t-il, insuffisamment diffusées.

Cette situation est l'une des causes majeures de l'insuffisante efficacité du contrôle médical. Assuré par les services médicaux des caisses d'assurance maladie, il n'a pas, aux yeux de la mission, la place qui devrait être la sienne en tant qu'outil d'amélioration de l'efficacité du système de soins. Ce ne sont pas tant les effectifs – 2 200 personnes environ pour 2 500 postes à pourvoir – qui sont en cause que la définition de leurs

²¹ Mme Van Lerberghe a cité l'exemple des écarts de coût de la restauration entre l'hôpital Beaujon, où elle fonctionne en régie, et l'hôpital Bichat, où elle est sous-traitée : respectivement 17 et 29 euros par jour, sans différence de qualité

²² Les unions régionales de médecins libéraux ont été mises en place en 1993

prérogatives. D'un côté, l'ambiguïté est persistante entre le rôle de conseil et le rôle de contrôleur, tous les deux dévolus à un même corps de professionnels. D'un autre côté, dans le champ du contrôle, la sanction ne peut s'appliquer que sur le fondement d'une règle précise, qui souvent fait défaut ; elle a parfois été supprimée au nom de la promotion de la maîtrise médicalisée, opposée à la régulation tarifaire. A telle enseigne que la seule véritable sanction aujourd'hui disponible est celle du déconventionnement des praticiens, « *arme atomique* » selon la plupart des observateurs, qui confine à l'interdiction d'exercice et se révèle souvent disproportionnée aux pratiques à condamner.

La règle précise qui manque pour étayer un contrôle adéquat des dépenses de santé porte donc sur les pratiques et les protocoles de soins ; elle concerne également, en amont, la définition même du périmètre de prise en charge.

2. Un contrôle et un réexamen trop peu fréquents du périmètre de prise en charge

Le réexamen périodique du périmètre des biens et services remboursables paraît relever du bon sens. Or le seul exemple du médicament illustre assez le retard accumulé. Cet exemple a d'ailleurs permis de mesurer la grande perplexité régnant au sein de la mission sur la question du taux de prise en charge par l'assurance maladie, dont les déterminants soulèvent des questions légitimes. Car si l'on fait l'effort de ne pas raisonner à droit constant, comment ne pas s'étonner qu'il existe des degrés de remboursement des spécialités pharmaceutiques ? Un médicament ne peut-il pas être simplement classé comme utile ou inutile, remboursable ou non remboursable ? Vient alors en discussion le cas de l'homéopathie. Et au-delà, l'exemple souvent cité des cures thermales. D'où naît la réflexion sur l'ampleur du gisement d'économies qui pourraient résulter du réexamen régulier du panier de soins remboursables. Cette réflexion débouche sur un thème qui a largement occupé la mission : la définition de l'autorité chargée de déterminer le contenu de ce panier, et de son champ de compétence – alors qu'aujourd'hui interviennent plusieurs instances appliquant des procédures bien distinctes, selon les biens et services considérés : médicaments ou dispositifs médicaux, actes professionnels, actes de biologie. Manifestement, une rationalisation est possible.

A l'intérieur même du périmètre remboursable ainsi tracé, les outils existants de contrôle des procédures de prise en charge sont très limités : ils se résument à l'entente préalable, à certaines limites posées au remboursement de médicaments, à l'ordonnancier bizonne – destiné à distinguer, pour les patients en ALD, la prise en charge à 100 % des autres actes et prescriptions – et au protocole inter-régimes d'examen spécial

(PIRES), outil de contractualisation entre les médecins et les caisses consacrés au suivi des patients en ALD.

Un ancien président de la CNAMTS entendu par la mission au nom de la CGT-FO, M. Jean-Claude Mallet, a vigoureusement plaidé pour l'utilisation de cette procédure de contrôle *a priori* qu'est l'entente préalable, accord donné par les médecins conseils pour certain actes ou prescriptions. La mission n'ignore pas cependant les nombreuses critiques adressées à ce dispositif, qui ont conduit à le réformer en 1999 puis en 2002 : engorgement des caisses, multiplication des accords tacites, refus non motivés... Mais les allègements de procédure votés en loi de financement pour 2002 n'ont pas encore été mis en œuvre.

Le contrôle *a posteriori* n'est lui aussi que difficilement praticable. En effet, les comités médicaux régionaux, qui étaient censés sanctionner les prescriptions de médicaments sortant des indications contenues dans l'autorisation de mise sur le marché, très contestés, ont été rapidement neutralisés puis supprimés. Le service du contrôle médical, toujours compétent en la matière, ne dispose pas, tant s'en faut, des mêmes moyens de coercition. Enfin, le PIREs n'est pas exempt de défauts : son utilisation est parfois erronée, et son opposabilité est limitée.

IV.- LES RACINES DU MAL : UNE ABSENCE TOTALE DE COHERENCE

A. UN SYSTEME DE SANTE SANS PILOTAGE « POLITIQUE »

1. Le partage traditionnel du pilotage entre Etat et partenaires sociaux

L'Etat exerce traditionnellement des fonctions qui lui confèrent un rôle déterminant dans le système de santé.

La première de ses manifestations réside dans la compétence que lui donne la Constitution de déterminer les principes fondamentaux de la Sécurité sociale, dont la couverture maladie constitue un pan essentiel. A ce titre, il fixe par la loi : les conditions de création des régimes d'assurance maladie, leur champ, les principes les régissant, la base de leur financement – notamment leur assiette – et les caractéristiques principales des prestations servies. La deuxième compétence de l'Etat, corollaire de la première, consiste en la fixation par la voie réglementaire des taux des recettes et du mode de calcul des prestations ainsi déterminées. Troisièmement, l'Etat répartit les dotations de crédits aux établissements, fixe les tarifs de prestations des cliniques privées ainsi que les budgets et prix de journée des

établissements ou services et assure la gestion de la fonction publique hospitalière. Quatrièmement, l'Etat joue un rôle fondamental dans la politique du médicament puisqu'il fixe notamment les prix de ces produits au terme d'un processus de consultation et qu'il se prononce de la même façon sur les critères d'admission au remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux. En dernier lieu, l'Etat exerce une mission de tutelle sur l'assurance maladie qui a toutefois évolué vers une démarche contractuelle avec la conclusion entre celle-ci et l'Etat de conventions d'objectifs et de gestion.

Cette évolution est cohérente avec le rôle de co-pilotage traditionnellement confié aux partenaires sociaux gestionnaires dans le champ particulier de la médecine ambulatoire. Ils assurent en effet la gestion des caisses des régimes de base par leur participation à leur conseil d'administration.

La forme de cette participation des partenaires sociaux a évolué au cours du temps : à la prédominance des organisations syndicales représentatives des salariés ont succédé à compter de 1967 un paritarisme strict assurant une égale représentation de ces organisations et des organisations d'employeurs, à compter de 1982 un rétablissement de la prédominance des représentants élus des salariés et enfin depuis 1996 un retour au paritarisme strict. Au-delà de ces évolutions des modalités de participation, le rôle des partenaires sociaux a toujours consisté à négocier avec les syndicats des professionnels de santé libéraux des conventions régissant la médecine de ville.

Ce partage, certes inégalitaire mais profondément ancré dans l'histoire de notre système de santé, s'est révélé à l'usage peu clair d'autant que la compétence de l'Etat s'est progressivement élargie.

2. Un équilibre progressivement modifié au profit de l'Etat

L'évolution de notre système de santé a progressivement conduit à confier à l'Etat de nouvelles responsabilités.

La généralisation de la couverture a constitué le premier facteur d'accroissement de son rôle. L'objectif d'universalité et d'unification de la couverture maladie l'a ainsi conduit à intervenir pour fixer et harmoniser les règles, par exemple les prestations servies par les régimes de base, au nom de l'objectif d'égalité devant la santé. Cet objectif l'a de façon logique conduit à mettre en place des mécanismes de compensation entre les différents régimes (par exemple la contribution du régime général à certains

régimes spéciaux ou du même régime général vers les régimes de non salariés).

La préoccupation d'équilibre général de la Sécurité sociale – et notamment de la branche maladie – a par ailleurs conduit l'Etat à modifier profondément les conditions de financement de l'assurance maladie.

Outre des mesures de maîtrise des dépenses, l'Etat a procédé ces dernières années à un relèvement du niveau des recettes et profondément modifié la structure du financement de l'assurance maladie. Assis à l'origine sur les cotisations liées à l'activité, il ne repose désormais plus que pour moitié sur ces recettes, l'essentiel du solde résultant du recouvrement de la CSG. L'Etat, par la création des lois de financement de la Sécurité sociale et – au sein de celles-ci – de l'ONDAM, a affirmé son rôle essentiel dans la fixation des orientations de santé publique, des conditions de l'équilibre de l'assurance maladie, dans la détermination des recettes mais également dans le niveau de dépenses.

Toutes ces modifications ont naturellement eu des répercussions sur l'équilibre traditionnel avec deux résultats contestables.

Le premier – le plus visible – a été l'incapacité de l'Etat à maîtriser la dépense de l'assurance maladie en dépit de la fixation de l'ONDAM (*cf. supra* point II - B). Or, malgré son dépassement constant, cet objectif s'impose aux caisses nationales d'assurance maladie. Il a de fait renforcé la contrainte s'exerçant sur les dépenses en principe gérées par les partenaires sociaux puisqu'il est décliné en enveloppes dont une consacrée aux soins de ville. De fait, ces interventions de l'Etat, pour légitimes qu'elles aient été, ont évidemment eu – deuxième résultat – une incidence sur le traitement du champ conventionnel par les partenaires sociaux et ont durablement perturbé la gestion de l'assurance maladie.

B. UNE EXTREME CONFUSION DANS LA GESTION

1. Un paritarisme devenu moins légitime

Les modifications apportées à la structure du financement de l'assurance maladie ont durablement affaibli la légitimité des partenaires sociaux à gérer – même en partie – celle-ci. Le système originel finançant par le biais des cotisations salariales et patronales des dépenses largement composées de prestations en espèces assurant un revenu de remplacement a laissé la place à un système de plus en plus fiscalisé – même si certains intervenants ont souligné devant la mission le fait que la CSG pèse essentiellement sur les revenus de l'activité – finançant pour l'essentiel – plus de 90 % – des prestations en nature, les dépenses de soins.

Cette modification de la philosophie initiale de l'assurance maladie est venue renforcer les effets d'une crise de la représentativité syndicale, avec un taux d'adhésion durablement inférieur à 10 % des salariés et une contestation de la présomption irréfragable de représentativité dont jouissent les cinq organisations de salariés siégeant dans les conseils d'administration des caisses.

La situation a en outre été aggravée par l'immixtion croissante de l'Etat dans la gestion confiée aux partenaires sociaux, notamment depuis 1996, dont le MEDEF et la CGPME ont d'ailleurs tiré les leçons en quittant les instances paritaires de l'assurance maladie à l'automne 2001, affaiblissant encore leur légitimité. Même si l'UPA a assuré leur remplacement numérique et continue d'assurer une présence patronale au sein des conseils d'administration, de nombreux observateurs estiment que les organisations d'employeurs sont désormais sous-représentées et que le système ne constitue plus qu'une fiction de paritarisme.

Comme le soulignait M. Ernest-Antoine Seillière, président du MEDEF, devant la mission, ce départ a répondu à la fois au changement de philosophie du système et à l'absence d'autonomie de partenaires sociaux déresponsabilisés et court-circuités dans la gestion des caisses.

2. Des partenaires sociaux déresponsabilisés et court-circuités

Les partenaires sociaux sont depuis quelques années placés dans une situation particulièrement inconfortable. Les lois de financement fixent un objectif de dépenses national et leur délèguent la gestion d'une partie de celui-ci sans qu'ils disposent du moindre droit de regard sur les recettes. Ils ne disposent en outre que de pouvoirs réduits sur les dépenses : près de la moitié d'entre elles est gérée directement par l'Etat ou ses représentants (préfets, ARH) et l'Etat édicte les normes conditionnant par exemple le remboursement des médicaments. Au bout du compte, l'objectif de dépenses déléguées (ODD) dont le respect est confié aux caisses nationales représente à peine plus d'un cinquième de la dépense totale²³. Il va de soi que cette disproportion des dépenses place les caisses dans une situation paradoxale. L'augmentation des dépenses dans la main de l'Etat sert inévitablement de référence : inférieure à celle de l'ODD, elle désigne les caisses comme responsables du dérapage de la dépense ; serait-elle supérieure à la

²³ On observera que la tendance récente n'a en outre pas été à l'extension de leurs compétences puisque la loi de financement de 2000 a par exemple choisi de ne plus les associer à la gestion de l'objectif quantifié national institué en 1991 et destiné à réguler les dépenses des frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie pour les établissements de santé privés à but lucratif

progression de l'ODD, elle les ferait apparaître comme l'instrument majeur de la régulation, l'empêcheur de soigner en rond...

Soumises à l'ONDAM, impuissantes sur les recettes, dotées de pouvoirs relativement réduits sur les dépenses, les caisses voient en outre ceux-ci grignotés voire contestés par les autres acteurs. En effet, sans revenir ici en détail sur les déboires de la politique conventionnelle (*cf. supra* point II - B), on doit rappeler la critique constamment exprimée devant la mission sur l'ambiguïté des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions de santé. Alors que le législateur a choisi d'étendre le champ conventionnel – qui concerne la fixation des honoraires mais également toute mesure permettant de respecter les objectifs de dépense qui leur sont liées – et de confier, par un système de lettres clefs ajustables, aux gestionnaires des caisses la faculté d'ajuster les tarifs des professionnels en fonction du volume²⁴, l'Etat n'a cessé de s'immiscer de façon récurrente dans les négociations, donnant par exemple à intervalles réguliers satisfaction aux demandes de revalorisation des actes ignorées ou refusées par les caisses. Il est vrai qu'il a sur ce point trouvé un soutien actif auprès des syndicats de professionnels de santé qui ont souvent provoqué ces interventions.

Contestées dans l'exercice du cœur de la délégation de gestion, on comprend que les caisses en aient peu à peu développé une approche restrictive.

3. Un repli sur une fonction de gestion financière parfois réduite à une approche comptable

Les caisses des régimes de base ont fait devant la mission l'objet de nombreuses critiques sur la frilosité de leur action. La mission n'a pu que constater de façon unanime la faiblesse de leur activité de contrôle, en particulier à l'égard des professionnels. Il est vrai que les tensions persistantes entre ces acteurs et le fréquent désaveu infligé par l'Etat aux organismes gestionnaires de l'assurance maladie ne contribuent guère à favoriser le développement d'une action volontariste.

Les caisses se sont en conséquence repliées sur la stricte gestion des fonds délégués et se sont parfois²⁵ réfugiées dans une conception étroite de la relation conventionnelle. M. Pierre Costes, président de MG France, a

²⁴ On notera cependant que ce dispositif qui limitait l'ajustement aux dépenses à venir n'a été que peu utilisé par les caisses et était en outre soumis à l'approbation de l'Etat. Il a d'ailleurs été supprimé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003

²⁵ Même s'il existe des contre exemples notables comme l'accord du 5 juin 2002

ainsi relevé que l'on ne pouvait condamner le dispositif conventionnel alors que seule une profession de santé est « *en dehors des clous conventionnels* ». D'une façon générale, les représentants syndicaux des médecins libéraux ont regretté la fin de non recevoir opposée par les caisses aux demandes de leurs organisations de travailler sur les indemnités journalières. Paradoxalement, à côté de ces critiques sur la faible réactivité des caisses, certains d'entre eux se sont insurgés contre leur intervention accrue, par exemple la possibilité pour elles d'intervenir dans la formation médicale continue.

On peut à l'issue de ces développements conclure que l'Etat, par son poids dans le système et sa conduite, porte une grande responsabilité de l'échec du co-pilotage. On peut également estimer que les partenaires sociaux n'ont pas su exercer la responsabilité – même partielle – qui leur était confiée. On peut enfin penser que l'échec de la gestion déléguée résulte du double jeu mené par les professionnels de santé et de leur refus de participer à la régulation du système. Aucune de ces analyses n'est fautive ; aucune n'est suffisante.

La mission estime que chacun des acteurs porte une responsabilité dans l'échec de la délégation de gestion et que tout mécanisme de cette nature ne pourrait à l'avenir s'exercer que dans le cadre d'une répartition extrêmement claire des compétences. Celle-ci s'avère particulièrement nécessaire au vu des conséquences de cette orchestration cacophonique qui a longtemps couvert les grincements de notre système de santé.

C. UNE OFFRE DE SOINS ET UNE PRISE EN CHARGE ECLATEES

1. Un divorce entre la ville et l'hôpital hautement préjudiciable

Le partage des responsabilités – ou de l'irresponsabilité – entre l'Etat et les caisses a conduit à un cloisonnement durable entre la médecine de ville et l'hôpital.

Les exemples abondent en la matière : a par exemple été sévèrement critiqué le faible engagement des différents acteurs dans la mise en place de réseaux de soins au motif que les économies réalisées dans un secteur ne profiteraient pas nécessairement à ce dernier mais éventuellement²⁶ à l'autre et créeraient au contraire pour celui qui met en place lesdits réseaux une charge nouvelle. On peut également évoquer la

²⁶ Sachant par exemple que les économies réalisées à l'hôpital sont gommées par le caractère global de leur budget

pénurie d'offre de soins dans certaines zones ou spécialités provoquées par une organisation non coordonnée entre les deux secteurs ou les reports que provoque un déséquilibre de l'offre de soins, l'exemple le plus connu étant l'afflux aux urgences de patients pour des soins de première ligne. On ne saurait oublier les défaillances de la permanence des soins. On ne saurait terminer sans mentionner les absurdités liées aux allers et retours entre médecine de ville et hôpital : examens biologiques répétés, examens radiologiques systématiquement refaits ...

Ce tableau pourrait prêter à sourire. Il est malheureusement lourd de conséquences. La première qui vient à l'esprit est financière : chacun d'entre nous est sensible au gaspillage que cette situation génère. La conséquence principale est bien plus grave : loin de servir la qualité des soins, cette confusion alimente des processus pudiquement qualifiés devant la mission de « *non qualité* ». En clair, cette division dessert la qualité des soins offerts aux patients. Le temps d'attente pour effectuer une nouvelle radio à l'hôpital serait bien mieux employé à soigner le patient au vu de celle effectuée dans le secteur libéral. Que dire des interactions médicamenteuses liées à la pluralité des prescriptions ?

2. Un éclatement de la prise en charge réduisant souvent à néant les efforts de maîtrise des dépenses

La mission n'a cessé d'entendre au fil des auditions les critiques de l'ensemble des acteurs sur les aberrations de la répartition de la prise en charge des dépenses.

L'échec des tentatives de mettre en place des mécanismes de type ticket modérateur illustre bien les défauts du système. Faut-il rappeler que l'assurance maladie n'assure qu'une partie du remboursement des dépenses et qu'une décision de l'Etat prévoyant que les caisses ne rembourseront plus au premier euro n'a de sens que si les organismes complémentaires ne prennent pas la décision de procéder à la prise en charge du différentiel induit par la mesure ? Faut-il rappeler qu'une telle substitution n'est pas neutre puisqu'elle touche d'abord les Français dépourvus de couverture complémentaire, puis ceux dotés d'une « mauvaise²⁷ » complémentaire, enfin ceux aux revenus les plus modestes puisque l'inévitable hausse de cotisations les touche davantage ? Ce raisonnement peut paraître évident : il a malheureusement été oublié dans nombre de mesures adoptées par le passé.

²⁷ C'est-à-dire qui ne prend pas en charge cette part de dépense

Là encore, l'absence de coordination a donc des effets ravageurs. Outre le fait qu'elle place les gestionnaires des organismes complémentaires dans une situation inconfortable, elle met en péril l'efficacité même de la mesure.

3. Une approche non rationnelle de la santé

Se développe du fait de cette absence de vision globale une approche non rationnelle de la santé.

L'une des meilleures illustrations de cette situation concerne le périmètre remboursable des soins. Se croisent des logiques de décision parfaitement antagonistes. Tel médicament est mis sur le marché : il est jugé sûr. On s'interroge ensuite sur son efficacité et le service médical rendu : il peut être jugé peu efficace et être remboursé à un taux plus faible. Il arrive ensuite parfois qu'il soit rendu non remboursable pour des raisons tenant moins à son efficacité qu'à une logique financière.

La mission estime qu'il est absolument nécessaire de distinguer nettement les étapes de la décision scientifique, fondée sur la sûreté et l'efficacité de telle pratique ou de tel produit, de la décision « politique », fondée sur une logique d'efficacité. Ce ne doit plus être au ministre de la santé de décider seul qu'un médicament doit être déremboursé. Cela ne doit être possible qu'après avis de l'instance chargée d'évaluer son efficacité, et en partenariat avec l'ensemble des gestionnaires du système.

Là encore, les rôles doivent être clarifiés. L'enchevêtrement des compétences, des financements et finalement des responsabilités font de notre système de santé un « *système fou* » selon l'expression de M. Philippe Douste-Blazy. Prenons garde au danger que cette folie peut représenter pour le système lui-même mais aussi pour chaque malade !

Il convient également par un meilleur pilotage de rapprocher politique de prévention et politique de soins dont on ne saurait nier la complémentarité.

Le diagnostic, sévère, dressé par la mission est sans surprise. Il rejoint les analyses convergentes développées depuis plusieurs années, notamment ces derniers mois et recoupe largement celui réalisé par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. La mission tient toutefois à souligner avec vigueur deux points qui l'ont frappée. Le premier est qu'aucun acteur du système de santé pris individuellement ne semble avoir véritablement failli ou démissionné : tous clament leur attachement au système de santé français ainsi qu'aux principes qui le régissent et regrettent

ses dysfonctionnements. Pour autant – c’est le second point – aucun d’entre eux ne semble admettre une part de responsabilité dans ces dysfonctionnements.

La mission constate unanimement que les problèmes de l’assurance maladie résultent d’une grave défaillance de l’action collective, en fait d’une absence de pilotage collectif, de la juxtaposition d’actions désordonnées.

De manière évidente, aucune réforme – financière ou de l’offre de soins – ne saurait réussir sans la création d’une architecture claire et cohérente du système de santé.

TROISIEME PARTIE : DES THERAPEUTIQUES DIVERSES – SOINS INTENSIFS POUR LE FINANCEMENT, CHIRURGIE REPARATRICE POUR L'ORGANISATION

Le diagnostic dressé par la mission sur l'assurance maladie l'a conduite à réfléchir aux mesures à mettre en œuvre en gardant présents à l'esprit plusieurs éléments essentiels. Le premier point est la conscience de la nécessité d'agir en profondeur. Non seulement la réforme est urgente mais la gravité de la situation – elle ne se caractérise pas seulement par des déficits importants mais également par des défauts menaçant la qualité du système de soins – ne permet plus de se contenter d'un nouveau plan de redressement des comptes de l'assurance maladie. Elle appelle des mesures structurelles, un traitement de fond et pas seulement celui des symptômes. Le deuxième élément guidant la réflexion a été le souci constant de ne retenir que les pistes s'inscrivant dans le respect des principes retenus par la mission dans la première partie de ce rapport. En troisième lieu, la mission a non seulement cherché des pistes recouvrant les trois volets que constituent la gouvernance, les dépenses et les recettes mais n'en a exclu aucune *a priori*. Ainsi a-t-elle par exemple en matière de gouvernance débattu d'options aussi radicales que la privatisation ou l'étatisation du système ; en matière de dépenses, elle s'est interrogée sur la suppression du paiement à l'acte, la possibilité d'une maîtrise médicalisée mais également comptable des dépenses ou encore l'opportunité d'un reste à charge pour les patients recourant au système de soins ; en matière de recettes, elle n'a pas hésité à se pencher au-delà des modes de financement classiques sur la « TVA sociale » et la modification de l'assiette des cotisations patronales.

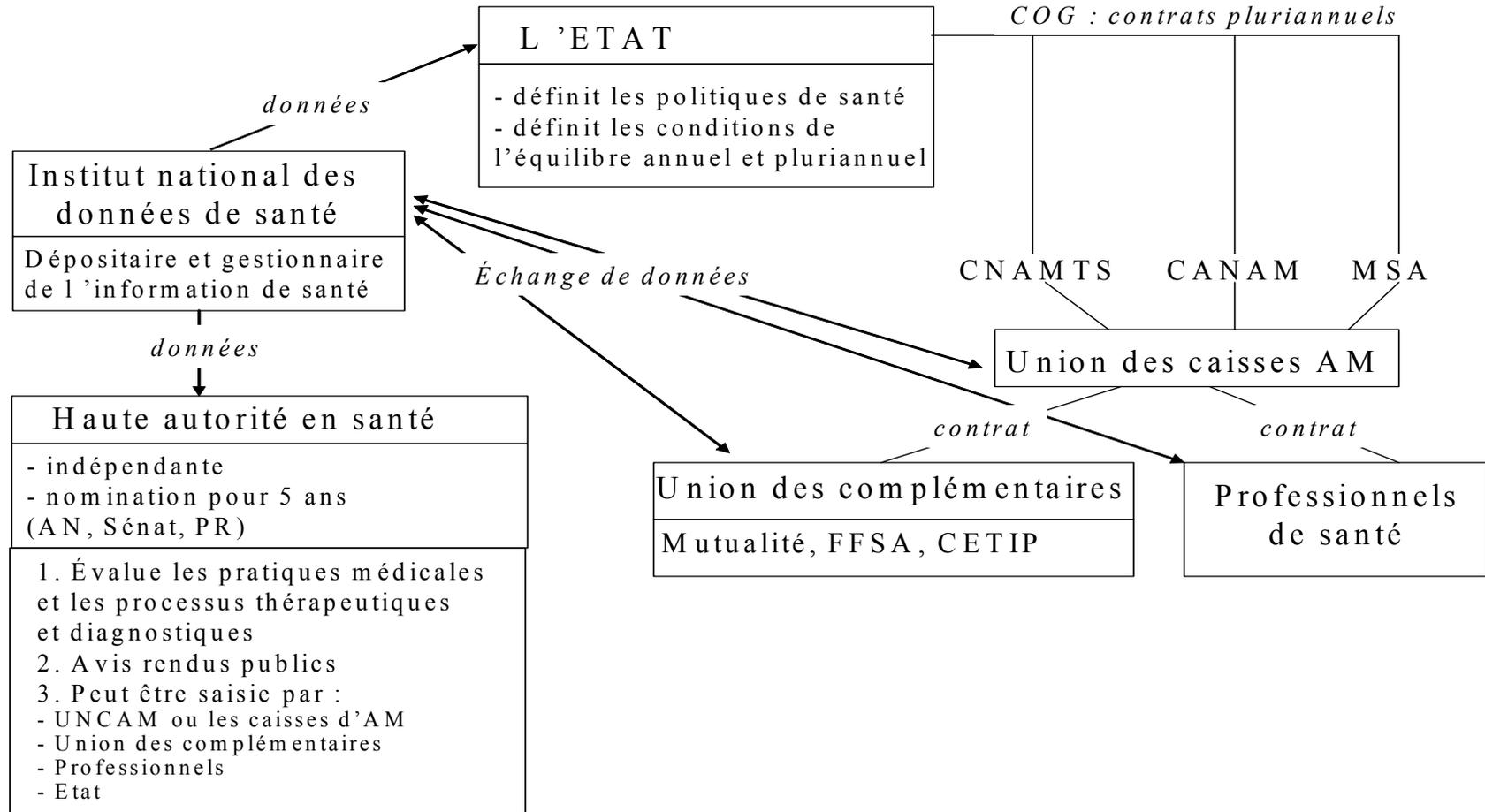
Au terme de ses travaux, la mission n'est pas parvenue à un consensus sur l'ensemble des pistes proposées ; toutefois, les développements qui suivent permettent de dresser un inventaire relativement étoffé des différentes solutions envisagées, des positions des différents acteurs intéressés à la réforme et, chaque fois que possible, des indications sur la position de la mission qu'elle consiste en un accord plus ou moins large ou au contraire en l'expression de différences profondes.

I.- UN TRAITEMENT PRIORITAIRE ET PROMETTEUR : LA MISE EN ŒUVRE D'UNE MEILLEURE GOUVERNANCE

La mission – partant du diagnostic selon lequel le défaut de pilotage, de coordination voire d'organisation du système est la source de l'essentiel des difficultés – a commencé par étudier les pistes relatives à la mise en place d'une nouvelle gouvernance. Peut-être d'ailleurs au vu du constat conviendrait-il de parler de création d'une gouvernance. Il ne s'agit

pas d'utiliser un mot à la mode dont le seul usage permettrait, plaqué sur les structures existantes, de donner à croire que tout a changé. La notion de gouvernance permet à la fois de mettre en avant la nécessité d'un pilotage et celle de nouveaux rapports entre les différents acteurs du système. Souvent marqués par une profonde défiance, ils sont pourtant primordiaux dans une organisation marquée par la pluralité des acteurs et leur interdépendance.

Dès lors, la mission n'est, pas plus qu'aucun autre intervenant, en mesure de proposer un schéma dans lequel la compétence en matière de santé serait exercée par un acteur unique qui exercerait son autorité sur les autres. La nouvelle architecture ne peut être précisément définie qu'en associant conjointement l'ensemble des acteurs à son élaboration et à sa mise en œuvre. La mission observe d'ailleurs au vu du schéma élaboré par le gouvernement dans le cadre des discussions avec les partenaires sociaux – joint en page suivante – la complexité des questions en suspens. Les pistes fournies à et par la mission sur ce point peuvent donc parfois paraître imprécises ; celle-ci s'est astreinte à fournir au moins un cadre clair à la réflexion.



Au-delà du débat institutionnel et de l'architecture du système, la mission s'est par ailleurs efforcée de mettre en relief les progrès à attendre de la nouvelle gouvernance en termes d'amélioration de la qualité des pratiques médicales.

A. VERS UNE ARCHITECTURE SIMPLIFIEE ET COHERENTE DE L'ENSEMBLE DU SYSTEME

La mission a interrogé l'ensemble des acteurs intéressés – au premier chef les partenaires sociaux mais également par exemple les représentants des professions de santé – par la réforme de l'architecture institutionnelle de notre système de santé sur les évolutions possibles du système. Force est de constater que chacun est confronté aux mêmes difficultés et la discussion s'est généralement engagée en réaction aux orientations évoquées par le gouvernement. Il est apparu que celui-ci offrait des pistes de réflexion mais souffrait parfois d'une certaine imprécision. Ainsi M. François Chérèque, secrétaire général de la CFDT, a souligné que « *Ce schéma ne définit pas [...] exactement la place des partenaires sociaux.* »

Dès lors, la réflexion de la mission s'est le plus souvent articulée autour des thèmes suivants :

– La nouvelle gouvernance doit-elle être fondée sur une délégation de gestion aux partenaires sociaux ?

– Si oui, quel doit être le champ de cette délégation et comment s'articule-t-elle avec l'action de l'Etat ?

– Quelle doit être la structure chargée de cette gestion et comment doit-elle être composée ?

– Dans quelle mesure et sous quelle forme doit-on associer l'ensemble des acteurs concernés – y compris notamment les professionnels de santé, les usagers, les organismes d'assurance complémentaires et les assureurs – à l'organisation du système de santé ?

1. Un large accord en faveur d'une délégation de gestion renforcée

a) *Un consensus pour écarter certaines options radicales*

La mission a pris note du refus qui s'est très largement exprimé autour de deux options radicales de réforme de l'assurance maladie : sa privatisation et son étatisation.

On notera cependant d'emblée la position singulière du MEDEF. Celui-ci a quitté les conseils d'administration des caisses à l'automne 2001 tirant les leçons des interventions répétées de l'Etat dans la gestion de l'assurance maladie ainsi que de la modification profonde du système de santé. Ne servant plus que marginalement des prestations constituant un revenu de remplacement, de moins en moins assis sur les cotisations, le système ne répondait plus aux principes originels ayant fondé le paritarisme et le MEDEF – accompagné par la CGPME – en a tiré les conséquences en choisissant de se retirer de la gestion. Le MEDEF avait toutefois proposé il y a quelque temps une architecture complètement nouvelle fondée sur le choix entre système public, mutualisé ou privé, c'est-à-dire une forme de privatisation de l'assurance maladie. Il y a renoncé, reconnaissant que la proposition était « *irrecevable* » compte tenu de l'état de la société française. Dès lors, il propose aujourd'hui et a exposé devant la mission les grandes lignes d'un nouveau système alliant le paritarisme avec l'autorité de l'Etat, celui-ci nommant le directoire d'une agence nationale de santé contrôlé par un conseil de surveillance associant notamment les partenaires sociaux.²⁸

Certains membres de la mission ont vu dans cette « *étatisation pondérée* » en apparence paradoxale une démarche en réalité cohérente avec l'aspiration à une privatisation du système, l'étatisation conduisant selon eux à un repli de l'Etat sur son rôle de gardien des finances publiques, les organismes d'assurance complémentaire faisant leur lit de cette évolution en accroissant leur influence par la réduction progressive de la couverture obligatoire. Cette idée a également été exprimée par la CFDT : « *Toute étatisation du système amène paradoxalement une part importante de privatisation. C'est pour cette raison que nous voulons rester présents dans le système. Nous savons en effet très bien qu'au bout d'un moment, les remboursements sont confiés aux complémentaires.* »

²⁸ On relèvera que la CGPME est également favorable à la mise en place d'un tel dispositif, sans faire de cette solution privilégiée la seule acceptable par elle

Tous les partenaires sociaux – hors le MEDEF – ont exclu les deux options de la privatisation et de l'étatisation.²⁹

Les membres de la mission, attachés aux principes fondateurs de l'assurance maladie, ont tous fait de même.

Dès lors, la solution d'une délégation de gestion semble s'imposer.

b) Un large accord pour octroyer aux gestionnaires de l'assurance maladie une délégation de gestion

Cet accord répond tout d'abord à une attente forte des partenaires sociaux. M. Bertrand Fragonard rappelait ainsi dès la première audition que « *tout le monde dit avoir envie de gérer, sauf le MEDEF.* »

De fait, tous les partenaires sociaux – hormis encore une fois le MEDEF – ont exprimé ce souhait.

La mission s'est prononcée en faveur d'une telle délégation de gestion. Certains de ses membres se sont toutefois interrogés sur la capacité des partenaires sociaux à gérer le système dans le cas où certains feraient défaut et soit refuseraient de participer à une délégation de gestion soit refuseraient d'y exercer la responsabilité réelle de la gestion. D'autres ont clairement exprimé leur scepticisme sur la capacité et la légitimité des partenaires sociaux à exercer un tel rôle.

M. Bertrand Fragonard a eu un jugement plutôt pessimiste estimant que « *le paritarisme n'a pas d'avenir sans le MEDEF* ». Les partenaires sociaux se sont généralement en revanche montrés plus optimistes même si la CFDT a admis que « *si certains syndicats ne s'engagent pas et que le patronat ne participe pas au système, celui-ci risque de connaître des problèmes d'équilibre.* » Plusieurs autres syndicats ont néanmoins rappelé que le système fonctionne ainsi aujourd'hui et, remarque notamment faite par la CGT-FO, qu'il est possible de pallier l'éventuelle absence du MEDEF par un élargissement de la représentation patronale – par exemple en y associant l'UPA, l'UNAPL, la CGPME et le patronat de l'économie sociale. La CGT a par ailleurs observé que la participation patronale n'est pas une condition rédhibitoire : « (...) *les trois*

²⁹ L'UPA a par exemple rappelé que son maintien dans les conseils d'administration en 2001 « a permis d'éviter (...) deux écueils qui pointaient à l'horizon : soit une privatisation progressive, soit une reprise en main par l'Etat qui aurait été, dans les deux cas, très dommageable pour les entreprises comme pour les salariés »

caisses d'assurance maladie des salariés ou des non salariés ont vocation à couvrir les besoins des assurés sociaux. Ces besoins existent, que les représentants des employeurs acceptent ou non de participer à la définition des orientations et des moyens permettant de les couvrir. Les représentants des salariés eux sont là pour aider à la définition des orientations et des choix. »

Enfin, plusieurs organisations syndicales (CFDT et CFTC notamment) ont souligné la nécessité pour chaque organisation de prendre ses responsabilités. La CFDT a toutefois marqué une réticence à l'idée d'une gestion exercée par un nombre trop limité de partenaires.

c) Un plaidoyer fortement soutenu en faveur d'une délégation renforcée

Encore convient-il d'ajouter que, non contents de revendiquer une participation à la gestion, la plupart des partenaires sociaux ont exprimé le souhait d'une délégation renforcée. Deux solutions, éventuellement compatibles, sont envisagées à cet effet : la première consiste – la plupart des partenaires sociaux en faisant une condition préalable à leur participation à la gestion³⁰ – en une plus grande autonomie et une véritable responsabilisation dans le champ de la délégation de gestion ; la seconde implique l'extension du champ de l'actuelle délégation.

La première piste consiste donc à confier aux partenaires sociaux une véritable délégation de gestion qui ne soit plus le « ménage à trois » avec l'Etat que l'on a connu depuis des années. Le Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie a rappelé avec force, quelle que soit l'architecture retenue, la nécessité de confier la responsabilité réelle à celui qui exerce la compétence.

Plusieurs idées ont été avancées en la matière : l'Etat devrait tout d'abord s'abstenir d'intervenir dans le champ de compétences des caisses ; cette invite aux bonnes pratiques pourrait être doublée de garantie juridique par exemple par l'inamovibilité des dirigeants de la structure gestionnaire dans l'hypothèse parfois évoquée où celle-ci serait composée de personnalités désignées par l'Etat. La CFTC n'a pas hésité à ériger en modèle l'autonomie dont jouissent les partenaires sociaux au sein de l'UNEDIC, de même que la CGPME. Celle-ci plaide pour une « totale délégation de gestion » de la part de l'Etat aux partenaires sociaux – qui deviendraient « gestionnaires uniques » de la branche – allant jusqu'à la

³⁰ Ainsi la CFDT a-t-elle par exemple précisé : « Si l'on ne négocie pas le pouvoir des caisses dans les discussions avec les professionnels de santé et la non-intervention de l'Etat dans le système contractuel, nous ne prendrons pas de responsabilités dans le système. »

libre détermination des dépenses et recettes. La CFE-CGC a ainsi plaidé en faveur de la possibilité pour les partenaires sociaux *« d'exercer effectivement de vraies responsabilités au sein des conseils d'administration des caisses »*.

Les membres de la mission se sont également prononcés pour une délégation de gestion dans laquelle les gestionnaires de l'assurance maladie exercent une réelle responsabilité et l'Etat n'interfère pas.

Les partenaires sociaux ont par ailleurs majoritairement plaidé pour la deuxième piste : celle de l'élargissement du champ de la délégation de gestion. Interrogés sur l'inclusion de l'hôpital dans son champ, ils se sont très largement prononcés en sa faveur. La CFE-CGC a ainsi jugé *« l'intégration de l'hôpital (...) incontournable »*. La CFTC du même avis a estimé qu' *« à partir du moment où l'on se déclare prêt à vouloir gérer [l'assurance maladie], on ne peut pas n'en gérer que la moitié »* et M. Jean-Louis Deroussen, son secrétaire général adjoint, a renforcé le propos en ajoutant : *« Si nous sommes gestionnaires, nous voulons gérer la ville et l'hôpital, et prendre nos responsabilités. Nous sommes bien conscients du fait que nous devrions prendre la décision de la fermeture de tel hôpital ou de telle maternité, du non-conventionnement de tel professionnel de santé, voire du retrait d'une convention. Si l'on veut gérer, il faut prendre ses responsabilités. »* M. Bernard Thibault, secrétaire général de la CGT, a pris position dans le même sens : *« On ne peut pas (...) avoir une réforme viable, sérieuse, tenable, sans que l'on s'interroge sur près de la moitié du budget de la Sécurité sociale, consacré aux besoins financiers de l'hôpital. Il n'est pas question pour nous de modifier son statut, mais il y aurait sans doute lieu de mettre en place une nouvelle forme de partenariat entre la Sécurité sociale et les pouvoirs publics dans le pilotage de décisions qui le touchent et qui structurent son activité. Pour nous, l'hôpital public entre complètement dans ce champ de gouvernance renouvelée. »*

M. Bertrand Fragonard a toutefois estimé que *« beaucoup de partenaires sociaux hésiteraient à prendre des responsabilités majeures en matière d'hospitalisation. »*

La mission, tout en relevant les difficultés, s'est déclarée favorable à l'inclusion de l'hôpital dans le champ, la jugeant essentielle pour une bonne organisation de l'offre de soins et une maîtrise efficace des dépenses, certains membres estimant qu'une délégation de gestion sans

l'hôpital constituerait une « réforme tronquée », « un cinquième de réforme³¹ ».

La mission observe en outre l'évolution de la position du gouvernement en faveur de cette solution, mise en évidence par les propos du ministre de la santé lors de son audition : *« J'ai compris que vous souhaitiez que le nouveau schéma de gouvernance puisse inclure l'hôpital. Je vous l'ai dit, et je le répète devant la mission parlementaire : cela fait partie pour moi des choses qui sont tout à fait envisageables. Pourquoi ? Parce qu'il est clair que plus on aura un système homogène de gouvernance, plus on aura de résultats, et plus on pourra faire travailler les gens ensemble. »* Il est d'ailleurs revenu sur ce point en fin d'audition : *« Je suis absolument d'accord (...) mais il faut que je trouve une possibilité d'ouverture avec tous les partenaires sociaux. Si l'on veut aller plus loin sur les ARS, sur les réseaux villes-hôpitaux, sur la permanence de soins dans certains endroits où il n'y a plus de médecins libéraux autour de l'hôpital, si l'on veut aller plus loin sur les urgences hospitalières, je m'aperçois ce matin, par cette audition, qu'il y a une logique importante à inclure l'hôpital dans la gouvernance. »*

En dépit des réserves exprimées par certains membres, la mission s'est donc prononcée en faveur d'une large délégation aux gestionnaires de l'assurance maladie.

2. Une articulation entre les gestionnaires de l'assurance maladie et l'Etat respectueuse de la responsabilité des uns et des prérogatives de l'autre

L'une des questions les plus délicates posées par cette délégation de gestion renouvelée – comme le montre l'échec du système actuel – est celle de l'articulation entre l'action de gestionnaires responsabilisés et celle de l'Etat dont personne n'a contesté qu'il devra continuer à exercer un certain nombre de prérogatives dans l'organisation du système de santé.

a) Le maintien de prérogatives de l'Etat

L'ensemble des partenaires sociaux a souligné que l'Etat doit conserver la compétence de détermination des orientations de santé publique et que le respect de celles-ci s'impose aux détenteurs de la délégation de gestion comme à l'ensemble des acteurs du système de santé. L'Etat doit également rester le garant de l'égalité de l'accès aux soins.

³¹ Par référence au poids des dépenses de médecine de ville – l'actuel champ de la délégation de gestion – dans l'ensemble de la dépense

La mission s'est déclarée attachée au maintien de ces compétences régaliennes.

b) L'articulation ville / hôpital

L'inclusion éventuelle de l'hôpital dans le champ de la délégation de gestion met en relief la nécessité d'une bonne articulation entre l'Etat et les gestionnaires de l'assurance maladie. L'Etat doit, de l'avis général, conserver la haute main sur le statut de la fonction publique hospitalière et l'inclusion de l'hôpital pose à l'évidence la question de la libre détermination par l'Etat ou ses représentants des crédits budgétaires correspondants. En quoi une délégation de gestion comprenant l'hôpital dans laquelle les gestionnaires ne seraient pas associés à la détermination des dépenses consisterait-elle ?

Les solutions en la matière ne sont guère qu'ébauchées. La CGT-FO – hostile à une véritable inclusion de l'hôpital dans la délégation de gestion – a cependant proposé que les gestionnaires émettent « *un avis motivé* » sur les crédits concernés et a souhaité que la question de la coordination des soins soit abordée dans le système conventionnel. La réflexion doit donc se poursuivre.

En dépit de la nécessaire poursuite de la réflexion et du souhait du gouvernement de ne pas aborder d'emblée cette question, la mission a débattu de la déclinaison au niveau territorial de cette articulation. Certains membres y ont vu l'occasion de rapprocher ville et hôpital au niveau régional par la création d'agences régionales de santé ou, tout au moins, la délégation aux CRAM d'une enveloppe et d'un objectif budgétaires incluant les dépenses hospitalières.

c) La conciliation entre prérogatives de l'Etat, recherche de l'équilibre financier et autonomie de gestion

Si certains partenaires sociaux – par exemple la CGPME – ont revendiqué une compétence pleine et entière non seulement sur les dépenses de l'assurance maladie mais également sur ses recettes, la plupart des intervenants se sont inscrits dans le cadre constitutionnel actuel qui confie la détermination des recettes au Parlement.

Dès lors, il est apparu souhaitable que la fixation du niveau des dépenses et des recettes ainsi que de l'équilibre du budget de l'assurance maladie fasse l'objet d'un processus mieux défini, respectueux de l'autonomie confiée à ses gestionnaires mais permettant parallèlement de maîtriser la dépense. Les membres de la mission ont à plusieurs reprises relevé la difficulté que créerait la fixation d'un niveau de recettes insuffisant

pour couvrir les dépenses dans l'exercice de la délégation. Les partenaires sociaux ont tous souligné la nécessité de l'octroi de moyens suffisants.

Un schéma semble répondre aux souhaits de la plupart des acteurs :

– Afin d'accroître la visibilité de la gestion, est émise de façon assez consensuelle l'idée que le budget annuel de l'assurance maladie devrait s'inscrire dans un cadre pluriannuel déterminé dans le respect des grandes orientations de santé publique³². La CFTC évoque même la possibilité d'assouplir l'obligation d'annualité en permettant aux gestionnaires de l'assurance maladie de compenser le déficit d'une année par des économies sur les exercices suivants. Cette option est toutefois minoritaire.

– Certains intervenants estiment au contraire que le cadre annuel doit être rendu plus contraignant avec la fixation non plus d'objectifs de dépenses mais d'un niveau de dépenses limitatif et d'un équilibre opposables aux gestionnaires de l'assurance maladie. Cette proposition est généralement présentée comme la transformation des actuelles lois de financement de la Sécurité sociale en lois de finances de la Sécurité sociale.

– Le projet de budget de l'assurance maladie serait arrêté au terme d'une concertation entre l'Etat et les partenaires sociaux ; des nuances s'expriment quant au degré d'implication de ceux-ci, certains souhaitant que le projet de budget soit préparé par les gestionnaires de l'assurance maladie.

– Celui-ci serait donc ensuite appelé à se prononcer sur le projet.

– Une large majorité se dégage en faveur de la mise en œuvre de mécanismes correctifs permettant en cours de gestion de procéder à un ajustement du budget initial, associant de nouveau l'ensemble des acteurs du processus budgétaires, *i.e.* des lois de finances rectificatives de la Sécurité sociale.

La mission est favorable à une telle évolution.

³² On relèvera dans cet esprit de définition d'orientations pluriannuelles la demande de la CGT d'une négociation sociale obligatoire tous les trois ans entre les partenaires sociaux destinée à définir les modalités de recettes de l'assurance maladie.

3. Des conceptions variées sur les structures devant exercer la délégation de gestion

On rappellera pour mémoire que les caisses nationales sont à l'heure actuelle dotées d'un conseil d'administration³³, chargé notamment de la gestion courante de l'organisme dans le respect des conventions d'objectifs et de gestion, et d'un conseil de surveillance³⁴ chargé de veiller à celui-ci. Aucune des personnes entendues n'a proposé d'en rester au *statu quo* et aucune voix ne s'est élevée en ce sens au sein de la mission. Les défauts de l'organisation actuelle de la délégation de gestion appellent une réforme.

a) Un paritarisme appelé à évoluer

La plupart des organisations représentatives de salariés et d'employeurs entendues ont tout d'abord affirmé avec force leur attachement au paritarisme. Même le MEDEF, en dépit de sa position singulière sur la gestion par les partenaires sociaux de l'assurance maladie, a rappelé par la voix de M. Ernest-Antoine Seillière, son président, l'attachement de la première organisation patronale au paritarisme, « *chaque fois qu'il trouve sa source dans le contrat de travail* »³⁵. Toutefois, il a souligné que tel n'est plus le cas dans le champ de l'assurance maladie, concluant ainsi que « *la gestion paritaire telle que définie en 1945 a vécu* ».

Cet attachement au paritarisme se traduit par le souhait de la quasi-totalité des partenaires sociaux de le voir reconduit – sous une forme éventuellement rénovée – dans l'architecture de la future délégation de gestion. Il semble qu'il y ait en outre un consensus assez large sur l'idée du partage des responsabilités issues de la délégation de gestion entre deux structures différentes : l'une chargée de la gestion courante, l'autre chargée de la définition des orientations et du contrôle de leur respect.

Les membres de la mission se sont généralement déclarés favorables à un système composé de deux cercles dont l'un au moins comprendrait *a minima* les représentants des partenaires sociaux sur une base paritaire.

³³ Composé pour l'essentiel des partenaires sociaux sur une base paritaire

³⁴ Son champ est plus large : il associe par exemple des parlementaires

³⁵ Le MEDEF s'est d'ailleurs déclaré prêt à gérer les questions relatives à la médecine du travail (maladies du travail, accidents professionnels, indemnités journalières) dès lors qu'il s'agirait d'une véritable gestion paritaire, avec liberté totale de déterminer ses ressources et ses prestations. Les autres partenaires sociaux se sont déclarés défavorables à une telle option

Les divergences – entre les personnes auditionnées et au sein de la mission – portent plutôt sur la dénomination, la composition – notamment les éventuelles adaptations de la représentation paritaire traditionnelle à y opérer – et les compétences de chacune des deux structures. On notera que la plupart des intervenants ont exclu la participation des professionnels de santé – à la fois juges et parties et les plaçant dans une situation de « *conflit d'intérêts* » – aux structures de gestion³⁶. Il existe également des divergences profondes sur l'éventuelle participation des assureurs à ces structures. En revanche, de nombreux acteurs se prononcent pour une association des usagers et des mutuelles même s'il y a des divergences quant à leur éventuelle association directe à la gestion.

b) Les solutions fondées sur un aménagement du schéma classique

Il convient à ce stade de relever que tant les explications des partenaires sociaux que les débats au sein de la mission ont été troublés par l'usage impropre ou ambigu de certains termes. Il en va ainsi, de façon particulièrement frappante, du terme de « conseil de surveillance ». Alors que certains l'utilisent dans l'acception habituelle du code de la Sécurité sociale, d'autres y recourent en ayant à l'esprit le conseil de surveillance tel qu'il existe dans certaines entreprises. Dans ce dernier cas, il est en général associé à un exécutif restreint et ses missions sont plus étendues : il exerce un contrôle plus fort que celui des actuels conseils de surveillance des caisses nationales.

Plusieurs des propositions faites devant la mission consistent essentiellement en un aménagement de la structure actuelle fondée sur la prééminence du premier cercle, directement chargé de la gestion et fondé sur une composition paritaire.

La CGT par exemple s'est prononcée en faveur du maintien de la compétence de gestion aux conseils d'administration des caisses gérés paritairement tout en mettant l'accent sur la nécessité de refonder la légitimité de ceux-ci par le rétablissement de l'élection des administrateurs. Elle a réfuté l'option d'une représentation des partenaires sociaux au sein du seul conseil de surveillance par la voix de son secrétaire général, M. Bernard Thibault : « *Avec un conseil de surveillance, nous n'aurions plus la même conception « historique » de la Sécurité sociale. Il ne s'agit pas simplement de maintenir des dispositifs qui ont eu leurs vertus mais qui sont aujourd'hui*

³⁶ La CGT-FO s'est toutefois déclarée favorable à leur association par la constitution d'un « *conseil consultatif permanent, associant les associations d'usagers, les complémentaires et les professionnels de santé, saisi pour avis de toutes les questions entrant dans le champ de l'assurance-maladie et notamment des conventions médicales.* »

dépassés. Si l'on créait une instance dans laquelle la représentation sociale, syndicale notamment, se verrait confinée à un rôle de surveillance, ce serait une rupture avec la conception qui a prévalu pour la construction de la Sécurité sociale. »

c) Les propositions en faveur d'un exécutif resserré mais mieux contrôlé par une structure associant les partenaires sociaux, éventuellement élargie à d'autres acteurs

Ce schéma – reposant sur l'idée que la délégation semble être mieux exercée par un contrôle réel que par une association à la gestion courante souvent formelle, les réunions des conseils d'administration actuels étant parfois plus perçues comme des grands-messes que comme de véritables instances de décision – pourrait correspondre à celui imaginé par le gouvernement puisque M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé, a évoqué devant la mission une « assurance maladie (...) dotée d'instances de direction renouvelées, à la fois légitimes et responsables (...) [dont l'] organisation interne devra permettre une mise en œuvre rapide, efficace et adaptée aux contextes locaux des grandes orientations fixées par l'Etat. »

Il est en tout cas celui défendu par exemple par la CFDT qui plaide pour un système dans lequel « les partenaires sociaux, ainsi que d'autres éléments de la société civile, seraient réunis au sein d'un Conseil qui aurait un rôle de propositions, d'évaluation, de contrôle de gestion et de proposition au Parlement. » Elle a en outre apporté les précisions suivantes : « concernant le conseil de surveillance, (...) il devrait regrouper les partenaires sociaux, mais nous y voyons aussi des représentants des usagers – par le biais de leurs fédérations. Ce conseil participerait à la nomination du directeur des caisses. Puisque l'Etat joue un rôle important dans la définition des politiques de santé, le conseil de surveillance ne peut pas le nommer seul. Il s'agirait donc d'une co-désignation, ce qui n'est pas loin d'être le cas aujourd'hui. »

La mission, profondément divisée sur ce point, n'a pas tranché entre ces deux grandes options.

4. Un dialogue de l'ensemble des acteurs du système de santé jugé indispensable mais délicat à mettre en oeuvre

Le diagnostic a clairement fait apparaître la nécessité d'un dialogue accru – voire d'un rétablissement du dialogue – entre les différents acteurs du système de santé. De ce point de vue, l'expérience du Haut Conseil est encourageante et la mission a été frappée par l'évolution des

mentalités. Il faut cependant créer les conditions d'un dialogue régulier et plusieurs pistes³⁷ ont été évoquées devant la mission :

– un dialogue entre les caisses, les professionnels de santé et les assurances complémentaires regroupées pour chaque catégorie dans trois unions ;

– la création d'une Haute Autorité chargée à tout le moins d'une mission scientifique et concourant à l'évaluation des pratiques médicales, des actes et des produits ;

– la définition d'un périmètre remboursable fondée sur une expertise scientifique indépendante préalable.

a) La création des unions et ses limites

Les partenaires sociaux et les professionnels de santé entendus par la mission ne se sont guère exprimés sur la création évoquée par le gouvernement d'une union des caisses de base, d'une union des professionnels de santé et d'une union des assurances complémentaires.

Si la création de ces structures ne semble pas susciter d'opposition, les interventions ont plutôt porté sur les questions laissées en suspens par le schéma proposé et la limite de la compétence de ces unions.

Une première interrogation porte sur leur place dans le schéma proposé par le gouvernement. S'il ne semble pas envisagé de confier à l'union des caisses la délégation de gestion elle-même, les précisions apportées par le ministre selon lequel elle aurait « *un rôle central dans le pilotage de l'assurance maladie : conclure dans le cadre d'un vrai partenariat les conventions fixant notamment les modalités d'exercice des professions médicales et paramédicales* » conduisent à s'interroger sur la capacité de ces unions à contracter entre elles.

Les professionnels de santé, par la voix de M. Michel Chassang, président de la confédération des syndicats médicaux français, ont clairement exclu de déléguer la négociation dans le champ conventionnel à l'union des professionnels de santé : « *Nous avons une réserve quant à l'union des professionnels de santé. (...) nous ne délèguerons pas à d'autres le pouvoir de contractualiser à notre place. (...) Cela ne veut pas dire que*

³⁷ Inspirées notamment par le schéma du gouvernement

nous soyons hostiles à des accords supra professionnels. Mais il ne doit pas y avoir d'ambiguïté : les contrats professionnels pour les médecins se passeront entre les médecins et l'autorité qui sera mise en place. Nous ne déléguerons pas soit à des CNPS bis, soit à des unions de professionnels de santé qui seraient gérés par d'autres car cela ne fonctionnera pas. »

Le même interlocuteur a relevé que les professions de santé réfléchissent actuellement aux voies d'amélioration de la représentation interprofessionnelle des professions de santé, évoqué la refonte des statuts du CNPS à cet effet et demandé que la réforme n'interfère pas avec ce processus.

Une deuxième interrogation porte sur la place respective de chaque union. On peut noter que le schéma du gouvernement place l'union des caisses de base au-dessus des deux autres. S'il semble opportun de développer le dialogue entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires – afin notamment d'instaurer une véritable coordination dans la prise en charge et la définition du périmètre remboursable – on peut cependant s'interroger sur la nature des liens unissant les deux unions. Y a-t-il contractualisation ? S'agit-il d'une obligation ? Le ministre de la santé a simplement évoqué un « *partenariat* ».

La mission estime que la qualité du dialogue suppose que ces questions trouvent des réponses précises.

Une troisième question porte sur l'union des caisses de base. Si leurs gestionnaires n'ont pas exprimé d'opposition à sa création, ils ont souhaité que chacune d'entre elles conserve sa spécificité.

Une quatrième question porte plus spécifiquement sur l'union des complémentaires entre elles. La mission a été marquée par les profondes divergences de vues exprimées par les complémentaires quant à la conception même de la santé (bien marchand comme les autres ou bien spécifique ?). Plusieurs membres de la mission ont exprimé des doutes sérieux sur la capacité de ses organismes à travailler ensemble dans une union dont la composition et le mode de désignation de ses membres revêtiront une importance essentielle. Il conviendra en particulier de préciser si l'argument invoqué par M. Jean-Pierre Davant, président de la FNMF, selon lequel « *il y a tout d'abord un fait majoritaire à reconnaître : la mutualité représente 62 % des Français* » constitue le critère (ou l'un des critères) de représentation dans cette union.

b) Une Haute Autorité aux compétences à préciser

La création d'une Haute Autorité de santé est accueillie favorablement par la plupart des acteurs mais fait elle aussi l'objet de nombreuses interrogations.

Si sa dimension scientifique fait apparemment l'unanimité, les interrogations tournent autour de son articulation avec certaines structures existantes³⁸, de la nature de ses décisions – avis consultatifs, avis contraignants ou décisions à caractère normatif? – ainsi que sur sa compétence, notamment dans la définition du périmètre remboursable (*cf. infra*). Les interrogations portent de ce fait également sur sa composition. Certains des propos tenus donnent à penser qu'il existe une ambiguïté entre une Haute Autorité à caractère exclusivement scientifique et une structure du type Haut Conseil, sorte de lieu de réflexion sur la politique de santé.

Les précisions apportées par le ministre de la santé sur ces points lors de son audition ne permettent pas de répondre clairement à ces questions et la réflexion semble devoir être poursuivie sur ce point. On rappellera que le ministre a ainsi précisé que la Haute autorité de santé publique « *se verrait confier l'évaluation scientifique des produits de santé, des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques (...) [qu'elle] devrait être constituée sous la forme d'une autorité administrative indépendante (...) [et que ses] avis (...) guideront les gestionnaires de l'assurance maladie.* »

La question des compétences de la Haute Autorité ne semble guère poser de difficultés à la mission dont la plupart des membres considèrent qu'elle n'a qu'un rôle scientifique et que le périmètre remboursable des soins ne saurait être défini sans son avis mais qu'il appartient ensuite à une autre instance d'admettre au remboursement tel acte, dispositif ou produit (ou au contraire d'en prononcer l'exclusion).

On notera que la proposition faite par le gouvernement de créer une structure nationale – venant en appui de la Haute Autorité – chargée de collecter les données de santé est accueillie favorablement dès lors que lesdites données sont anonymes et que leur confidentialité est assurée.

³⁸ Le ministre a lors de son audition précisé sur ce point concernant l'AFSSAPS, le comité économique et l'ANAES, je souhaite avoir une discussion avec leurs responsables pour savoir comment bâtir cette Haute autorité de santé publique. Il ne s'agit pas de soustraire, mais d'ajouter et de mieux organiser pour qu'il y ait une autorité supérieure.

c) La définition du périmètre remboursable, une compétence essentielle mais disputée

Les réflexions sur la question ne semblent pas achevées chez plusieurs des personnes auditionnées en dehors du consensus sur le fait que toute décision doit se fonder sur une expertise scientifique préalable. Le ministre de la santé a ainsi souligné lors de son audition que les choix « *seront basés sur de véritables critères scientifiques, dans l'intérêt de la qualité des soins et de la santé des patients.* » Les opinions exprimées sont très hétérogènes quant à l'instance à laquelle reviendront ces choix après expertise scientifique.

Par exemple, la CFE-CGC – après avoir précisé que le jugement sur l'efficacité d'un acte ou d'un produit médical relève d'une décision scientifique – a estimé, qu'à partir de cette analyse, il reviendrait aux gestionnaires de l'assurance maladie de décider des modalités de remboursement. La CFTC s'est exprimée dans le même sens.

A contrario, la CGPME a estimé que ce rôle devrait revenir à la Haute Autorité³⁹.

Une troisième position consiste à confier la définition du périmètre remboursable à l'Etat : tel semble être le choix *a priori* privilégié par le gouvernement puisque le ministre de la santé a déclaré lors de son audition par la mission que l'Etat garderait la compétence tout en précisant que la Haute Autorité aurait son indépendance. La CGT-FO estime que cette compétence relève des « *politiques* » ainsi que la CGT selon laquelle : « *On pourrait considérer que le périmètre et le niveau de la couverture relèvent de la responsabilité de l'Etat* ».

La mission est partagée sur ce point.

³⁹ Affirmation faite à deux reprises alors que M. Jean-François Roubaud, le président de la CGPME a évoqué par ailleurs sa « détermination par les pouvoirs publics »

En conclusion, elle se montre favorable :

– à la clarification de la répartition actuelle des compétences se caractérisant par son obscurité et son inefficacité ; elle partage le souhait exprimé par le ministre de la santé d'un « *nouveau mode de gestion qui soit à la fois légitime et responsable* ».

– à une réforme de la gouvernance ne conduisant toutefois ni à la privatisation ni à l'étatisation de l'assurance maladie ;

– au maintien des prérogatives actuelles des pouvoirs publics touchant à la définition des grandes orientations de santé publique et à la garantie de l'égal accès au système de santé ;

– à l'octroi d'une délégation de gestion renforcée aux gestionnaires de l'assurance maladie, incluant l'hôpital ;

– à une réforme de la procédure d'élaboration du budget de l'assurance maladie conciliant l'autonomie de ces gestionnaires et le respect des équilibres de ce budget, avec notamment la fixation d'un niveau de dépenses juridiquement contraignant ;

– à la création de lieux de dialogue entre les différents acteurs du système de santé même si des divergences existent quant à la nature de ces lieux et à leur compétence.

Elle est en revanche profondément partagée :

– sur les modalités d'organisation des structures de gestion de l'assurance maladie ;

– sur les modalités d'ouverture de ces structures à d'autres acteurs que les seuls partenaires sociaux ;

– sur l'autorité devant détenir la compétence de définition du périmètre remboursable.

B. DES MARGES DE PROGRESSION EN MATIERE DE QUALITE DE NOTRE SYSTEME DE SOINS, GAGES D'EFFICACITE ET D'EFFICIENCE

Il est peut-être utile de rappeler la définition souvent citée de la qualité donnée par l'Organisation mondiale de la santé : « *démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment des actes qui lui assurera le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science, au meilleur coût, pour un résultat identique, au moindre risque iatrogénique et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures et de contacts humains* ». Cette définition où se lisent à la fois l'efficacité, l'efficience et la dimension humaine peut servir de guide pour la réforme, dans des domaines aussi divers que la formation initiale et continue, l'évaluation et l'accréditation.

1. Une meilleure gestion prévisionnelle de la formation initiale des médecins et de la démographie médicale est possible

Une réflexion sur l'efficacité et l'efficience de notre organisation sanitaire doit logiquement débiter par une analyse de la formation médicale initiale. Au-delà de la gestion du *numerus clausus* des étudiants admis en deuxième année d'études de médecine, qui représente l'aspect quantitatif du sujet, l'aspect qualitatif n'est pas moins important. Ces deux éléments, *numerus clausus* et contenu de la formation initiale, sont la pierre de touche d'un système de santé qui doit en partie être piloté à un horizon de près d'une dizaine d'années. Ils doivent être complétés par une réflexion sur l'installation des praticiens.

Instauré en 1972 (à 8 588 places), passé en 1993 par un point bas de 3 500, sensiblement relevé ces deux dernières années (de 4 700 à 5 100, puis 5 600 en 2004), le *numerus clausus* doit être porté progressivement à 7 000, comme l'a annoncé le ministre de la santé. Après que la démographie médicale a été utilisée comme instrument de restriction de l'offre de soins, à travers la baisse du *numerus clausus* – effectuée conjointement avec, à l'autre extrémité de la vie professionnelle des médecins, l'incitation à une retraite anticipée –, 2004 représente le point haut de la courbe, correspondant à quelque 200 000 médecins, soit deux fois plus qu'au Royaume-Uni, par exemple. Deux éléments motivent la remise en cause de la politique de restriction de l'offre. En premier lieu, un certain nombre de spécialités assez exposées, telles que la chirurgie ou la gynécologie obstétrique, connaissent ou vont connaître une relative pénurie de praticiens. En second lieu, la densité médicale va diminuer plus vite encore que le

nombre de médecins, passant de 329 médecins pour 100 000 habitants en 2001 à 307 en 2010 et 250 en 2020, selon les projections de la DREES⁴⁰.

Le contenu de la formation est moins souvent évoqué. Pourtant, renforcer en son sein la prise en compte de la qualité des pratiques, de la prévention, mais aussi de l'économie de la santé ou du fonctionnement du système de soins pourrait contribuer à une réforme structurelle.

Les avis sont partagés sur le bien-fondé d'une augmentation du nombre de médecins. Si une majorité des personnalités auditionnées par la mission semble partager le point de vue du gouvernement, qui cherche à freiner le déclin démographique programmé, les premiers concernés orientent autrement le débat : pour les syndicats de médecins, la question n'est pas tant le manque de praticiens que la pénurie dans certaines spécialités à risque. Certains membres de la mission ont fait remarquer que l'indéniable problème de répartition entre spécialités et entre régions trouvait aussi sa source dans l'implantation des facultés de médecine et la répartition des postes d'internes. Et M. Pierre Costes, président de MG France, a fort opportunément souligné certaines particularités françaises : un nombre de spécialistes double du nombre de généralistes et la faible proportion de secrétaires médicaux. Pour un généraliste, on compte en France un demi-emploi induit, contre 4 ou 5 dans des pays comparables. Autant de paramètres qui éclairent des zones parfois méconnues du paysage dans lequel s'inscrit la réforme de l'assurance maladie.

Le thème de la liberté d'installation a été largement débattu au sein de la mission. Sans remettre fondamentalement en cause ce principe, certains ont plaidé pour que la régulation de l'implantation des officines de pharmacie puisse s'appliquer aux médecins : seraient ainsi évitées, dans telle ville ou tel département, des densités médicales trop élevées. Il semble que l'Allemagne dispose d'un tel mécanisme de régulation de l'installation des médecins, appliqué notamment en Bavière.

La préoccupation de maîtrise de l'offre de soins par la démographie médicale n'a pas totalement disparu chez l'ensemble des observateurs ; c'est pourquoi, tout en approuvant une politique tendant à maintenir une certaine densité médicale, la mission penche pour un réexamen sélectif des besoins en médecins, et plus largement en personnels de santé : ils diffèrent en effet entre professions – le cas des infirmières est éclairant – et entre spécialités médicales. Quant au contenu de la formation initiale, il pourrait être utilement enrichi des éléments qualitatifs

⁴⁰ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la santé

susmentionnés. La réforme ne peut négliger ce stade, certes précoce, de l'action structurelle, de même qu'elle doit, en aval, englober la réflexion sur la formation continue.

2. La formation médicale continue doit devenir systématique

La superposition problématique des différents types de formation continue et leur régime juridique mouvant ont été décrits plus haut comme facteurs de non-qualité. Le projet de loi de santé publique actuellement en discussion semble devoir fixer pour l'avenir un cadre cohérent, en déterminant les éléments suivants :

– la finalité de la formation médicale continue (amélioration de la qualité des soins, en particulier dans le domaine de la prévention) ;

– les moyens de satisfaire à l'obligation de formation (suivi d'une action de formation, participation à une procédure d'évaluation réalisée par un organisme agréé, présentation d'un dossier) ;

– l'abandon du principe des sanctions disciplinaires au profit de mécanismes d'incitation ;

– la suppression du Fonds national de la formation médicale continue, dont la création a paru trop lourde alors qu'existent déjà certaines sources de financement ;

– l'organisation régionale de la formation, par la mise en place d'un seul conseil régional *ad hoc* au lieu de trois (pour les médecins libéraux, pour les médecins salariés non hospitaliers et pour les personnels exerçant en établissement de santé).

L'efficacité de ce nouveau régime dépendra sans doute du degré d'implication des professionnels. En particulier, l'engagement volontariste des URML à l'égard des médecins libéraux est indispensable sur ce sujet. En outre, tous les hôpitaux n'étant pas des CHU, la formation médicale continue en établissement est un chantier à ne pas négliger.

Au fil des auditions de la mission, ce sont les syndicats de médecins qui ont logiquement été les plus diserts sur le sujet. Dans le même temps, ils ont souhaité faire entendre leurs différences. Ainsi, M. Michel Chassang, président de la CSMF, s'est prononcé en faveur d'une formation médicale continue obligatoire, sanctionnée comme telle. En revanche, pour la FMF, M. Jean-Claude Régi a rejeté l'obligation légale pour s'en tenir à l'obligation déontologique. Le débat a également porté sur la personne des

formateurs, les médecins insistant pour l'implication de leurs pairs, et non des caisses, dans les actions de formation continue.

Pour la mission, la formation médicale continue constitue à la fois un levier important d'amélioration de la qualité des soins et un véritable test de la bonne volonté des professionnels, en dépit de légères divergences sémantiques sur l'exacte définition de la notion « d'obligation ». L'intérêt unanime pour le développement et l'enrichissement de la formation et pour son caractère obligatoire et sanctionné – positivement comme négativement, selon des modalités à préciser – est donc un signe très encourageant, qui permet d'envisager avec optimisme le renforcement de l'évaluation des pratiques.

3. La généralisation de l'évaluation qualitative des pratiques médicales est une nécessité

Les références médicales opposables, les recommandations de bonne pratique ou de pratique clinique issues des conférences de consensus voire, de façon moins formalisée et non prévue par les textes, les références issues de l'état de l'art ou de la recherche, amélioreraient sensiblement la qualité de notre système de soins si elles étaient plus nombreuses, plus simples, mieux connues et mieux appliquées. Le diagnostic dressé plus haut a fait apparaître les causes et les symptômes de cette situation, comme l'avait fait le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Face à des lacunes avérées, les représentants des caisses d'assurance maladie, M. Jean-Marie Spaeth en tête, ont plaidé, devant la mission, pour l'édiction de « *références explicites* » en grand nombre, qui prennent la forme de recommandations positives plutôt que de références négatives (« *il faut* » plutôt que « *il n'y a pas lieu de* »), et soient opposables aux professionnels. Les exemples chiffrés sont édifiants : M. Daniel Lenoir, directeur de la CNAMTS, a ainsi indiqué qu'une rationalisation des prescriptions abusives des généralistes ramenant au niveau médian tous ceux qui le dépassent, permettrait d'économiser 2 à 2,5 milliards d'euros, dont 1,2 milliard pour le seul médicament. Le non-remboursement à 100 % des soins aux patients en ALD sans rapport avec l'affection elle-même engendrerait 2 milliards d'euros d'économies. Mais les caisses jouent également un rôle incitateur, et M. Yves Humez, directeur général de la caisse centrale de la MSA, a évoqué les expérimentations concluantes menées par ce régime pour associer patients et professionnels à des actions de réduction des coûts par l'amélioration de la qualité.

Les représentants des médecins ont, d'une part, indiqué qu'ils étaient eux-mêmes demandeurs de telles références. M. Michel Chassang a cité l'exemple du traitement hormonal substitutif de la ménopause comme

source de réelle perplexité, à l'heure actuelle, des médecins vis-à-vis de leurs patientes, du fait d'indications scientifiques imprécises et contradictoires. D'autre part, ils se sont dans l'ensemble montrés ouverts à des procédures de sanction des comportements qui s'écarteraient des normes médicalement admises, à la condition que ces sanctions forment une palette de mesures graduées, qui n'existe pas aujourd'hui. Ils ont enfin insisté sur le caractère scientifique des normes opposables, qui ne devraient pas servir de prétexte à une régulation financière.

M. Alain Coulomb, évoquant le rôle central de l'ANAES dans l'élaboration directe ou déléguée des référentiels, à la demande des pouvoirs publics ou de façon ponctuelle, sur un mode contractuel, a fait remarquer que « *la médecine n'[était] pas entièrement "protocolisable"* ». L'importante marge de progression actuelle n'est donc pas infinie. En revanche, la diffusion des bonnes pratiques et leur application effective et contrôlée doivent permettre des progrès très substantiels.

Les représentants des usagers ont tenu à lier cette diffusion à l'information médicale due au patient : ne pas prévoir que l'information, même technique, ne soit partagée qu'entre « sachants » est aussi un garde-fou contre d'éventuelles pratiques abusives ou critiquables.

L'idée de l'imposition de sanctions graduées en cas de non-respect de référentiels de bonne pratique largement diffusés a recueilli l'approbation unanime de la mission, de même que les propositions d'évaluation des pratiques et d'échanges entre professionnels. Les interrogations de certains membres de la mission sur le nombre de praticiens conseils à même de procéder aux contrôles nécessaires ont alors paru secondaires. Primordiale, en revanche, est la question de l'autorité qui doit être en charge d'élaborer les référentiels. L'ANAES remplit les critères d'indépendance et d'expertise indispensables ; que l'agence soit ou non incluse, à l'avenir, dans une entité plus large, ces critères doivent demeurer. La mission s'est également accordée à considérer que la diffusion et l'évaluation des bonnes pratiques devaient concerner conjointement la ville et l'hôpital, nonobstant la poursuite du processus de l'accréditation.

4. L'accélération et l'enrichissement du processus d'accréditation des établissements sont en marche

Le diagnostic porté par la mission sur l'accréditation s'appuie sur un constat largement partagé par les professionnels. L'un des plus éminents d'entre eux, M. Jean-Michel Dubernard, par ailleurs membre de la mission, a cité l'exemple des Etats-Unis, précurseurs reconnus en ce domaine, et exportateurs de ce concept qui signifie, littéralement, « *donner crédit* ». Si les mots ont un sens, scruter régulièrement les performances des

établissements de santé n'est pas seulement donner une valeur ajoutée au système de soins, c'est l'améliorer intrinsèquement.

La mission se réjouit d'avoir entendu les représentants des usagers développer ce thème avec conviction et pertinence. Ils l'ont fait avec leur regard propre, qui n'est pas celui de techniciens ou d'experts : M. Christian Saout, président de l'association AIDES, a ainsi décrit l'organisation « *kafkaïenne* » de l'hôpital, et de façon plus précisément centrée sur la qualité des soins, a déploré le manque de mesure de la iatrogénie, rejoint sur ce point par Mme Frédérique Pothier, secrétaire du LIEN. Ces considérations présentent l'intérêt de dépasser le stade du diagnostic car elles indiquent une marche à suivre : construire un outil d'anticipation du risque iatrogène par une mesure appropriée. Le processus d'accréditation tel qu'il est conçu actuellement se révèle décevant sur ce point, selon Mme Pothier : la qualité est insuffisamment prise en compte dans les procédures utilisées, et on ne peut que constater qu'actuellement, elles débouchent *de facto* presque systématiquement sur l'accréditation. L'ANAES devrait donc faire progresser ses travaux, en volume et en qualité.

Précisément, son directeur général, M. Alain Coulomb, a tracé les axes de l'amélioration de son action, en indiquant qu'une nouvelle version du « manuel d'accréditation » de l'agence serait utilisée dès l'automne prochain. Sa mise au point a tenu compte des deux critiques essentielles formulées à l'encontre de la première version : la complexité des formulaires d'évaluation et l'insuffisante prise en compte des aspects médicaux de l'accréditation. A cet égard, M. Jean-Michel Dubernard a déploré que l'accréditation « en bloc » des établissements ait été maintenue, au détriment d'une accréditation par service, certes plus difficilement applicable à des établissements de taille modeste. Quoi qu'il en soit, un autre élément demeure fondamental aux yeux de M. Coulomb, peut-être même primordial : l'amélioration de la qualité à l'hôpital passe par le développement du management, trop étranger à la culture des équipes en place.

Au cours de la table ronde consacrée aux établissements de santé, cette notion a été évoquée par tous les intervenants, représentants du secteur public comme Mme Rose-Marie Van Lerberghe (AP-HP) et M. Gérard Vincent (FHF), du secteur médico-social comme M. Georges Riffard (FEHAP) et du secteur privé comme M. Max Ponsellé (FHP). Le processus d'accréditation devrait ainsi devenir le moyen de diminuer l'opacité sur l'efficacité des structures de soins, de pointer les rigidités de l'hôpital public tout en soulignant ses contraintes particulières, afin d'établir un « *benchmarking* » pertinent, pour reprendre l'expression de Mme Van Lerberghe. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) offre déjà des outils d'évaluation à l'intérieur du secteur public, et

permet de chiffrer, à l'AP-HP, les économies possibles sur les plateaux techniques et les fonctions de support à 400 millions d'euros. M. Vincent a poursuivi en soulignant que l'émulation entre secteurs public et privé était un facteur d'amélioration de la qualité.

Sans trancher la question du rythme de l'accréditation, quadriennal aujourd'hui, la mission a approuvé l'enrichissement de son contenu, et l'acceptation large de cette notion : l'accréditation, couplée avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, trace de réelles perspectives de progression, par la qualité, de l'efficience des établissements de santé.

Il faut toutefois noter à ce stade certains freins à la mise en œuvre de la T2A, mis en évidence lors de la table ronde consacrée aux établissements de santé : la difficulté de hiérarchiser les actes par exemple, ou de faire converger la tarification entre secteurs public et privé ; le rythme de mise en œuvre de la réforme (8 ans) apparaissant par ailleurs ambitieux (cf. *infra* II.B.3).

5. La mise en œuvre effective de la nouvelle classification commune des actes médicaux ne peut plus être retardée

La classification commune des actes médicaux, qui doit entrer prochainement en vigueur, remplace l'actuelle nomenclature générale des actes professionnels, support de la tarification des actes de médecine libérale, et le catalogue des actes médicaux, qui permet de décrire l'ensemble des actes réalisés lors de l'hospitalisation d'un patient. Elaborée par la CNAMTS et les services techniques du ministère de la Santé, en collaboration avec les sociétés savantes, la nouvelle classification constitue une liste d'actes codés, commune aux secteurs public et privé ; elle est destinée à décrire plus précisément chaque acte, et à servir de base tarifaire à une juste rémunération de l'acte en secteur libéral ainsi qu'à l'allocation des ressources aux établissements.

Exhaustive, harmonisée et consensuelle, cette nomenclature doit, selon la mission, faciliter le suivi de la consommation de soins et des comportements de prescription, notamment dans la perspective de la création d'un dossier médical partagé qui renseignerait les patients, les professionnels, les gestionnaires et les contrôleurs sur les comportements de santé. C'est dans cet esprit que certains membres de la mission ont évoqué ce sujet lors de l'audition des ministres ou lors de la table ronde qui réunissait les professionnels de santé. Pour technique qu'il puisse paraître, cet élément est bien l'un des maillons de la réforme, et contribuera à l'objectif partagé par tous de la rationalisation d'un système dont la performance peut encore s'améliorer grandement.

Tous ces éléments mis bout à bout, l'ampleur des économies potentielles a déjà été chiffrée, mais ce chiffre mérite d'être répété : le coût de la non-qualité de notre système de soins représenterait 15 à 20 % des dépenses, à comparer avec l'investissement nécessaire pour remédier à cette situation, évalué à 1 % du même volume. Qui ne se lancerait dans un tel investissement ? La mission prend ici position sur une série de pistes concrètes et réalistes pour avancer dans cette voie.

*
* *

Au terme de l'exploration du volet le plus structurel de la réforme, le plus attendu et le plus commenté jusqu'ici, et celui qui fera, sans doute, que le projet en préparation ne sera pas « un plan de sauvetage de plus », mais bel et bien le début d'une nouvelle période de l'histoire de l'assurance maladie, la mission est pleinement consciente que les efforts à fournir ne porteront leurs fruits que dans la durée. L'amélioration de la qualité est une entreprise de longue haleine, et si la nouvelle architecture du système de santé peut être rapidement mise en place, un temps d'adaptation sera nécessaire, et le poids des habitudes pourrait se faire sentir quelque temps encore.

Dès lors, un consensus s'est dégagé au sein de la mission pour estimer qu'il serait pour le moins léger de ne s'en tenir qu'à cet aspect, et de miser sur la seule action structurelle pour redresser une situation très alarmante, comme l'a montré le diagnostic qui précède. En effet, autant il serait illusoire de prétendre éponger le déficit courant et la dette accumulée en se contentant d'actionner le levier des recettes et celui des dépenses sans rechercher, pour l'avenir, les voies d'un équilibre pérenne, autant une réforme de structure, si ambitieuse soit-elle, se priverait d'une grande part de son efficacité si elle ignorait l'état des finances de l'assurance maladie, dont la dégradation est telle qu'elle est de nature à obérer quelque réforme que ce soit. Lors de leur audition devant la mission, MM. Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand ont partagé cette vision, en annonçant pour l'été un plan de réforme global de l'assurance maladie, qui conjugue par conséquent le volet de la gouvernance et le volet du financement.

C'est parce qu'elle est convaincue que cette démarche est la seule qui vaille que la mission a entrepris d'explorer, de la façon la plus large, les moyens d'action en dépenses et en recettes qui pourraient étayer le pan structurel de la réforme de notre système de santé. La distinction n'est d'ailleurs pas si tranchée entre ces deux composantes d'une même réforme : certains des éléments qui suivent dépassent, et c'est heureux, la seule logique conjoncturelle.

II.- LES MOYENS D'ACTION SUR LES DEPENSES : L'INDISPENSABLE RESPONSABILISATION DE TOUS LES ACTEURS

A la frontière des questions de gouvernance et d'économie par la qualité d'une part, et des mesures de rationalisation financière d'autre part, et alors que les divergences ont pu être profondes au sein de la mission comme parmi ses interlocuteurs sur le bien-fondé de telle ou telle mesure d'économie, il en est une que tous sans exception ont appelée de leurs vœux : le dossier médical partagé.

A. LE DOSSIER MEDICAL PARTAGE SERA UN PARAMETRE ESSENTIEL DE LA REFORME

Mesure de rationalisation selon certains, mesure d'économie selon d'autres, panacée pour les troisièmes, le dossier médical partagé figure, à des degrés divers, dans toutes les listes de préconisations existantes en matière de réforme de l'assurance maladie. Le concept n'est pas neuf : chacun garde en mémoire l'expérience décevante de 1994 et du carnet de santé censé apporter les avantages que, peu ou prou, l'on attend désormais du dossier médical partagé, l'informatisation mise à part.

Que recouvre cette expression ? Un support numérisé⁴¹ d'informations médicales confidentielles, à partager entre le patient et son médecin, ou ses médecins le cas échéant, et si possible, à utiliser à l'hôpital également. M. Daniel Lenoir, directeur de la CNAMTS, a indiqué devant la mission que d'ici moins d'un an, il était possible de faire figurer au dossier médical partagé les prescriptions effectuées en ville, la prise en compte des soins prodigués à l'hôpital nécessitant un plus long délai de mise en œuvre. Encore faut-il s'assurer que l'ensemble des médecins soient équipés des outils de télétransmission adéquats, ce qui n'est aujourd'hui le cas que de deux tiers d'entre eux environ. Cet obstacle levé, le dossier médical partagé est censé éviter les prescriptions injustifiées ou dangereuses, lutter contre le nomadisme médical, éviter les redondances d'actes et diminuer le risque iatrogène. Les exemples de dérives sont légion, et le ministre de la santé en a cité quelques-uns : la possibilité, par exemple, d'effectuer « *vingt-quatre électrocardiogrammes normaux en vingt-quatre heures, tous remboursés, sans que personne ne s'en offusque* », ou le risque d'interactions médicamenteuses indésirables. Il s'agit donc bien d'un instrument situé aux confins d'une régulation par la qualité et d'un contrôle de la quantité.

⁴¹ La CFE-CGC a insisté sur la nécessité absolue de préserver la confidentialité des données personnelles contenues dans le dossier

Les représentants des usagers ont insisté avec juste raison, lors de leur audition, sur l'importance de ne pas réserver aux « sachants » la connaissance du contenu de ce dossier. Une autre question à étudier, auprès de la CNIL, serait de s'assurer de confidentialité de données protégées par le secret médical. Une fois ces précautions prises, le dossier médical partagé serait appelé à devenir un outil essentiel de qualité des soins, mais aussi de maîtrise de la consommation de soins, permettant le suivi du parcours médical de n'importe quel patient, et servant éventuellement de support à une prise en charge modulée des actes et prescriptions en fonction du comportement plus ou moins responsable du malade, dans le respect des libertés individuelles.

Le dossier médical partagé servirait aussi à la lutte contre d'éventuels abus ou « fraudes ». Sans épiloguer sur ce point, la mission se doit de mentionner les échanges qui ont eu lieu entre certains de ses membres et M. Douste-Blazy sur cette question. La fraude, a dit le ministre en substance, parlant de la carte Vitale, existe dans notre système et doit être combattue, même si elle n'est pas, tant s'en faut, la première cause du creusement du déficit de l'assurance maladie.

Le gouvernement attend de la mise en œuvre de ce nouvel instrument, comme l'a indiqué le ministre au cours de son audition, des économies de l'ordre de 6,5 à 7 milliards d'euros à l'horizon 2007. Avec une telle base de départ, les autres pistes d'économies paraissent secondaires ; elles n'en sont pas moins nécessaires, aux yeux de la mission, dans la poursuite de l'objectif d'un rééquilibrage à brève échéance des comptes de l'assurance maladie.

B. LES PROFESSIONS DE SANTE ET LES ETABLISSEMENTS DEVRONT PRENDRE TOUTE LEUR PART DANS LA RATIONALISATION DES DEPENSES

1. La médecine de ville : comment instiller de la régulation dans un système libéral ?

L'existence d'une médecine libérale est l'un des traits fondamentaux du système de soins français, et si la mission n'a pas jugé opportun de remettre en cause cet état de fait, elle en a examiné les conséquences en termes de dépenses de l'assurance maladie. La mission a identifié trois questions de principe : les modalités de rémunération des professions de santé, les vicissitudes des mécanismes conventionnels et le rôle du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

a) Une nécessaire réflexion sur la rémunération des professions de santé

L'enjeu financier de la rémunération des professionnels dans leur ensemble est considérable. Pour ne citer qu'un seul chiffre, le coût global en 2003 des mesures prises en faveur des professionnels libéraux s'est élevé, selon la Commission des comptes de la Sécurité sociale, à 661 millions d'euros. Le tableau est évidemment très contrasté d'une profession à l'autre et d'une région à l'autre, mais la problématique est générale : le paiement à l'acte doit-il garder une place aussi prépondérante dans la rémunération des praticiens libéraux ? Ou bien peut-on envisager de lier une certaine forme de régulation négociée de l'activité des médecins avec un autre type de rétribution ? Tel est déjà le cas, certes sur un mode expérimental, dans le cadre de la promotion des réseaux de soins, de la permanence des soins et du médecin référent, qui comprennent une part de rémunération forfaitaire.

Les dirigeants de syndicats de médecins entendus par la mission ont nettement réaffirmé le principe intangible du paiement à l'acte, plaidant même pour une revalorisation du prix unitaire de l'acte comme gage d'une modération de leur volume. Toutefois, M. Pierre Costes, pour MG France, est convenu que l'outil de la rémunération à l'acte était insuffisant.

Certains membres de la mission se sont montrés favorables à la revalorisation des actes, du fait notamment du retard accumulé par certaines professions – les chirurgiens en particulier –, et comme prélude à un engagement dans un processus de rationalisation des soins. Dans le même temps, la mission estime que l'idée d'une forfaitisation partielle de la rémunération des médecins ouvre des perspectives intéressantes : outre la contrepartie de la participation à un réseau, un tel forfait pourrait rémunérer la participation à l'organisation de la permanence des soins, l'installation en zone sous-médicalisée, ou bien la prise en charge de patients particuliers, tels ceux admis en ALD. Pourraient ainsi être adjoints au paiement à l'acte les deux autres types de rémunération existants que sont le salariat – utilisé en Suède et au Royaume-Uni – et la capitation – que l'on rencontre notamment au Danemark, en Irlande, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et aux Etats-Unis. La réflexion sur le mode de rémunération des professionnels devrait naturellement s'inscrire dans le cadre conventionnel ; à condition que celui-ci se stabilise.

b) La réhabilitation des mécanismes conventionnels

Qualifié de système « *en crise permanente* » par plusieurs membres de la mission, l'échafaudage conventionnel mérite aujourd'hui un jugement aussi sévère. Mais la mission tient également à souligner que la déception qui transparaît dans ce diagnostic est à la mesure des espoirs

placés dans un tel système, *a priori* parfaitement adapté au fonctionnement des rapports entre médecins libéraux et caisses d'assurance maladie.

M. Michel Chassang, déplorant que la convention, qui avait été conçue en 1971 pour permettre de meilleures rémunérations et un meilleur accès aux soins, soit aujourd'hui vécue « *comme un fardeau* », a estimé que l'on pouvait fort bien « *être médecin sans être conventionné* ». Il a plaidé pour un document contractuel unique, qui puisse être décliné par profession. M. Dinorino Cabrera a fait état d'un « *dialogue impossible* » avec les caisses en l'état actuel des choses. Plusieurs représentants des praticiens libéraux ont souhaité que la contractualisation puisse être individuelle, mais cette proposition est loin de faire l'unanimité. En outre, par des raisonnements et avec des enseignements peut-être différents, représentants des médecins et représentants des caisses se sont rejoints pour regretter que les négociations conventionnelles soient faussées par l'existence d'une autre voie, ultime, de fixation des éléments mêmes qui sont l'objet des négociations : le règlement conventionnel minimal édicté par l'Etat. Comme l'a déclaré M. Jean-Luc Tavernier, directeur de la Prévision et de l'analyse économique au ministère des Finances, le règlement conventionnel minimal n'est pas en soi condamnable, mais à la seule condition qu'il soit un paramètre préexistant à la négociation, et demeure intangible après l'éventuel échec de celle-ci.

La mission est d'avis que la relance du processus conventionnel, qu'il faut encourager, ne se fera pas sans un minimum de cohérence, et sera par conséquent toujours précaire si les parties prenantes peuvent à tout moment voir leurs prérogatives réduites à néant par l'intervention de l'Etat. Elle se montre ouverte à une modulation individuelle ou sectorielle des engagements conventionnels, dans le droit fil des avancées contenues dans la loi du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie et des avancées contenues dans la loi de financement pour 2004. Plus solide, l'édifice conventionnel pourrait réellement servir de base à des contrôles efficaces.

c) Le renforcement du service du contrôle médical de l'assurance maladie

Le fait que le Conseil constitutionnel ait censuré, dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003, le changement de nom du service du contrôle médical en « service médical de l'assurance maladie » et la réaffirmation de ses missions comme dispositions étrangères au domaine des lois de financement, ne signifie pas que l'objectif alors poursuivi doive être abandonné : la légitimité des praticiens conseils et leur utilité sont aujourd'hui unanimement reconnues. Le contrôle de la qualité des pratiques et du respect des référentiels a été abordé dans le cadre de l'étude des voies d'amélioration de la qualité de notre système de soins ; dans le cas présent,

il s'agirait davantage de sanctionner, par exemple, les écarts aux accords de modération du volume des actes et des prescriptions conclus dans le cadre conventionnel.

Toutefois, l'ambiguïté n'a pas été entièrement dissipée au cours de la table ronde consacrée aux professionnels de santé. Si M. Michel Chassang est convenu que les caisses devaient retrouver la mission de contrôle qui est la leur, ne serait-ce que dans un but de moralisation élémentaire, les interventions des autres représentants syndicaux n'ont pas permis de discerner le champ exact auquel s'appliqueraient d'éventuelles sanctions : il inclut sans conteste la qualité des pratiques, éventuellement – mais pas pour tous – l'obligation de formation continue, mais pourrait-il selon eux s'étendre à une forme de contrôle du volume des actes et prescriptions ?

Une réponse affirmative serait d'autant plus utile qu'au cours de la table ronde consacrée au financement de l'assurance maladie, M. Jean-Luc Tavernier a apporté cet éclairage intéressant : entre les 20 % de médecins les plus prescripteurs et les 20 % qui prescrivent le moins, la dépense par patient varie du simple au triple. Par ailleurs, dans la distribution des médecins selon leur comportement de prescription, si tout le cinquième quintile (c'est-à-dire toujours les 20 % les plus prescripteurs) était ramené ne serait-ce qu'à la borne haute des 80 % restants, l'économie annuelle serait de 500 millions d'euros.

En se prononçant pour l'instauration d'une échelle graduée de sanctions, la mission entend viser, rappelons-le, le respect des bonnes pratiques ; mais elle ne souhaite pas éluder la question du contrôle du caractère raisonnable, en volume, de l'activité des praticiens. Instiller de la régulation dans un système libéral est nécessaire, sans quoi ce système souple et généreux risque en permanence d'être fragilisé financièrement par l'addition des « surprescriptions » et l'insuffisante maîtrise du volume des actes remboursables. Un seul exemple, bien connu, suffira à illustrer cette préoccupation : les prescriptions d'arrêts de travail, qui occasionnent le paiement d'indemnités journalières en très forte augmentation sur la période récente⁴². L'objectif déjà affiché de renforcement du contrôle sur ce poste de dépenses pourra s'appuyer sur les recommandations de l'Inspection générale des finances et de l'Inspection générale des affaires sociales⁴³, qui incitent à « *contrôler plus et surtout autrement* », par une intervention plus précoce,

⁴² Certains membres de la mission ont souhaité élargir ce débat au thème de la santé au travail

⁴³ Rapport sur Les dépenses d'indemnités journalières présenté en octobre 2003 par Eric Gissler, Thérèse Roquel Daniel Lejeune et François Mercereau

plus fréquente et mieux ciblée des médecins conseils. La mission souscrit pleinement à ces préconisations.

2. Le cas particulier du médicament : tendre vers une plus large utilisation des génériques

L'analyse du déficit a amplement démontré la part des dépenses de médicament dans le dérapage des comptes de l'assurance maladie. Les pouvoirs publics, percevant à la fois le dynamisme des sommes en cause et le nombre des leviers tarifaires qu'il était possible de faire jouer, ont, depuis l'origine des plans de sauvetage jusqu'à aujourd'hui, constamment utilisé ces différents leviers.

L'incohérence de la politique du médicament dans son ensemble a été soulignée plus haut. Toutefois, en limitant l'ambition réformatrice à certains aspects de cette politique parmi les plus techniques et les plus consensuels, il est déjà possible de dégager de substantielles économies. En d'autres termes, sans prétendre remettre à plat les circuits de distribution du médicament et l'articulation des taux de marge tout au long de cette chaîne de distribution, sur le détail desquels la mission ne s'est pas penchée, explorer les moyens d'un développement du marché des médicaments génériques, par exemple, est déjà un pas important dans la bonne direction, compte tenu de l'ampleur de la consommation de médicaments dans notre pays.

Après un départ très lent par comparaison avec les autres Etats de l'OCDE, la France voit le marché des médicaments génériques se développer désormais à un rythme soutenu : il a représenté 11,2 % du volume des médicaments remboursables et 5,4 % de leur valeur en 2003, contre 7,6 % et 3,8 % en 2002, et seulement 4 % et 2 % en 1999. Les catalyseurs d'une telle évolution sont connus : il s'agit du droit de substitution des pharmaciens, de l'aménagement de leurs marges, de la prescription en dénomination commune internationale et de l'instauration d'un tarif forfaitaire de responsabilité qui prévoit le remboursement d'une spécialité sur la base du prix de son générique. Les effets de ces outils sont amplifiés par le facteur de l'obsolescence des brevets : lorsque les brevets de molécules largement prescrites ou relativement coûteuses tombent dans le domaine public, l'augmentation de la part de marché de l'ensemble des génériques s'en trouve accélérée ; la mission s'est vu confirmer que 2004 représentait, de ce point de vue, une année favorable. Elle s'en réjouit et préconise que l'encouragement au développement du marché des génériques soit poursuivi avec volontarisme. Les moyens d'action tarifaires étant déjà largement en place, c'est sans doute dans la voie contractuelle de l'incitation à l'utilisation et à la promotion des génériques qu'il convient de s'engager.

A cet égard, au cours de la table ronde consacrée aux médicaments et dispositifs médicaux, M. Bernard Lemoine, vice-président délégué du LEEM, a estimé que l'accord-cadre signé entre le Comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament pour la période 2003-2006, déclinant notamment les mesures législatives et réglementaires évoquées à l'instant, était porteur d'une chute programmée de la croissance des dépenses remboursables de médicament : celle-ci devrait tomber à zéro d'ici deux ans.

La mission a pris acte de cette affirmation, tout comme elle a entendu le ministre de la santé évoquer la poursuite de la politique de maîtrise de la croissance des dépenses de médicaments négociée avec l'industrie pharmaceutique. Pour sa part, elle juge primordiale la pleine application des dispositions législatives déjà votées en loi de financement et la publication rapide des décrets permettant leur mise en œuvre chaque fois qu'un brevet tombe dans le domaine public.

Au-delà, une meilleure information des patients de la part des professionnels – médecins comme pharmaciens – sur le coût et les conditions de remboursement des médicaments prescrits ou délivrés apparaît souhaitable. La mission est convaincue que la substitution est, avant tout, affaire de pédagogie. Certains de ses membres ont, toujours sur le thème de l'information, souhaité un renforcement des actions du Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique (FOPIM), chargé de fournir aux professionnels une information objective, indépendante de l'industrie, sur les produits de santé, afin de favoriser le bon usage des médicaments.

La mission s'est enfin penchée sur ce qui pourra apparaître comme un détail à certains, mais qui a suscité l'intérêt des représentants des pharmaciens et du gouvernement lui-même : le conditionnement des médicaments. Le simple fait que les comprimés soient fréquemment présentés par boîte de 28 est à lui seul source de gâchis et de dépenses indues, alors que le bon sens commanderait de prévoir une adéquation entre la prescription du médecin et les doses de médicament délivrées en officine. Que cette modification ponctuelle doive plutôt porter sur le conditionnement lui-même ou sur les quantités vendues, l'affaire importe peu, et les expériences étrangères peuvent aider à trancher la question ; loin d'être anecdotique, cet exemple illustre parfaitement l'idée selon laquelle l'addition d'efforts modérés peut produire un effet tangible sur le solde de la branche maladie.

3. Les établissements : tirer profit de la tarification à l'activité

Enfin généralisée en 2004 à l'ensemble des établissements publics sous dotation globale (depuis janvier) et aux établissements privés sous objectif quantifié national (à l'automne), la tarification à l'activité, si elle ne part pas de rien puisque le PMSI permettait déjà une mesure des coûts à l'hôpital⁴⁴, est une ambition majeure et un levier de réforme sans précédent. Destinée à permettre une transparence des coûts des activités dites MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) en établissement, la « T2A » est conçue pour organiser progressivement, à un horizon de huit ans, la convergence de la tarification entre secteur public et secteur privé.

C'est ce dernier point que contestent les représentants de l'hôpital public auditionnés par la mission. Car si M. Max Ponceillé, pour l'hospitalisation privée, a annoncé une mise en œuvre à 100 % de la tarification à l'activité au 1^{er} octobre prochain dans les établissements membres de sa fédération, Mme Rose-Marie Van Lerberghe, pour l'AP-HP, a mis en avant certaines difficultés techniques d'application, et surtout, la différence fondamentale entre établissements privés et établissements publics tenant aux missions d'intérêt général assumées par ces derniers. M. Gérard Vincent, pour la FHF, a souligné cette dichotomie, estimant que de tarifs uniformes n'étaient pas envisageables et que, conformément aux pays où s'applique déjà une tarification à l'activité, ils ne devraient pas couvrir plus de 50 % du budget de l'hôpital. Ces réserves ne sont pas allées toutefois jusqu'à la remise en cause du bien-fondé de la nouvelle tarification.

Consciente des adaptations à intégrer le cas échéant dans la montée en charge de cette réforme à l'hôpital public, la mission tient à rappeler que la tarification à l'activité est un très grand service à rendre à tous les établissements dans la recherche d'une maîtrise de leurs coûts fondée sur des instruments de mesure objectifs et, pour cette raison même, utiles à la comparaison, au « *benchmarking* ». Dès lors, à supposer pertinente l'exclusion pérenne de certaines fonctions de l'hôpital public auxquelles la T2A ne s'applique pas encore, ou sous une forme différenciée – services d'urgence, soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, missions de formation et de recherche et autres missions d'intérêt général –, la mission se demande si la mise en œuvre de la nouvelle tarification pour les seules activités de MCO ne pourrait pas être accélérée par rapport au calendrier initial.

⁴⁴ L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, opérationnelle depuis 2003 après trois ans de gestation, a permis de faciliter la préparation de la tarification à l'activité à partir des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information

Insister d'abord sur l'implication des professionnels de santé dans la réforme est, de la part de la mission, une prise de position délibérée : la réforme a besoin des professionnels, et de façon urgente, tout comme les professionnels ont besoin de la réforme, sans peut-être en percevoir le profit immédiat. Mais sans effort partagé, le but qui nous rassemble au chevet de l'assurance maladie sera manqué. Les professionnels ne peuvent s'exonérer de l'effort qui leur incombe ; et les patients ne le peuvent pas davantage.

C. EN CONTRIBUANT A LA MAITRISE DES DEPENSES, LES PATIENTS SERONT PLEINEMENT ACTEURS DE LA REFORME

1. L'application de mesures volontaristes ou plus ponctuelles relève d'un choix éminemment politique et mérite une expertise préalable

Certaines mesures d'économie pesant sur les assurés appellent un large débat politique préalable, qui devrait en exposer clairement les enjeux et mesurer l'adéquation de l'outil à l'effet recherché. Quatre de ces mesures sont ici abordées : la suppression du tiers payant, la généralisation de la technique du panier quantitatif de soins, l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public et celle d'une franchise annuelle sur les dépenses remboursables. D'autres mesures plus ponctuelles seront ensuite abordées.

Les effets pervers du tiers payant, par ailleurs source de progrès dans l'accès aux soins, ont déjà été mentionnés. Une mesure logique de responsabilisation⁴⁵ des bénéficiaires de cette avance de frais serait sa suppression pure et simple. L'effet ici recherché est davantage psychologique que financier : il s'agit de faire prendre conscience au « consommateur » de biens et de soins médicaux du fait que la santé a un coût. D'aucuns, comme M. Dinorino Cabrera, vont jusqu'à parler de « *consumérisme* ». La suppression du tiers payant, qui ne pourrait en tout état de cause qu'être partielle, ne diminuerait sans doute qu'à la marge les dépenses de l'assurance maladie. La mission n'a pas souhaité conclure sur une telle mesure, préférant travailler à d'autres pistes de responsabilisation.

De même n'a-t-elle pas étudié dans toutes ses dimensions la possibilité de définir un panier limitatif de soins remboursables sur le modèle de celui qui s'applique aux bénéficiaires de la CMU complémentaire. De façon distincte d'une limitation des remboursements liée au non-respect de certains protocoles de soins ou de référentiels de bonne pratique, la stricte définition quantitative d'un panier annuel dessinerait clairement la frontière entre assurance maladie obligatoire de base et assurance maladie complémentaire. Cette thèse, défendue par

⁴⁵ Certains membres de la mission se sont dits défavorables à l'application de ce terme aux patients

certains assureurs complémentaires, n'a pas véritablement retenu l'attention de la mission.

En revanche, l'introduction d'un reste à charge systématique, autrement dénommé ticket modérateur d'ordre public, a fait l'objet de débats nourris, dans son principe comme dans ses modalités. L'idée d'un tel mécanisme, qui suppose l'interdiction de souscrire une assurance complémentaire pour prendre en charge tout ou partie du ticket modérateur, n'est pas nouvelle. Institué par ordonnance en 1967, le ticket modérateur d'ordre public n'avait pas fait l'objet de décret d'application ; celui-ci a été publié en janvier 1980, avant d'être suspendu cinq mois plus tard, du fait de l'impopularité de la mesure, et abrogé l'année suivante. Là encore, la visée de la mesure serait pédagogique plus que financière : en effet, si ce reste à charge venait s'imputer sur les tickets modérateurs existants, il ne réduirait, comme l'a souligné M. Gérard Bapt, que les dépenses exposées par les complémentaires, transférant la charge sur les patients ainsi « responsabilisés », et ne réduisant en rien les dépenses dans le champ de l'ONDAM. Ce n'est que si le ticket modérateur d'ordre public était couplé à une hausse des tickets modérateurs existants qu'il viendrait directement diminuer les dépenses de l'assurance maladie. Il faut enfin noter que, dans le cas du maintien d'une exonération totale pour certains patients – en particulier ceux admis en ALD et les bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'Etat –, toute hausse de ticket modérateur serait automatiquement répercutée, selon les cas, sur le budget de l'assurance maladie ou sur celui de l'Etat.

Parmi les partenaires sociaux auditionnés par la mission, la CFDT s'est nettement opposée à l'instauration d'un ticket modérateur qui n'occasionnerait qu'un transfert de charge ; les prises de position exprimées par les autres organisations représentatives des salariés laissent à penser qu'elles ne privilégient pas non plus cette mesure. Les organisations patronales auditionnées y sont, en revanche, plutôt favorables, la CGPME insistant même pour la suppression de toute gratuité complète des soins, y compris dans le cas des ALD. Il faut toutefois souligner la ferme opposition du MEDEF à tout reste à charge *d'ordre public*, au nom de la liberté d'assurance. Ce raisonnement est celui qu'ont développé les assureurs complémentaires non mutualistes⁴⁶ lors de la table ronde qui réunissait les organismes complémentaires. Face à cette position classique fondée sur une

⁴⁶ On distingue en leur sein les sociétés d'assurance, les sociétés mutuelles d'assurance et les institutions de prévoyance. Ces dernières, dont l'origine remonte à 1947, sont des organismes sans but lucratif gérés paritairement. Elles couvrent, en matière de complémentaire santé, 5,5 millions de personnes, soit au total 12 millions d'ayants droit. Elles interviennent également, grâce à leur action sociale, auprès des salariés et anciens salariés en difficulté, pour prendre en charge tout ou partie de leurs cotisations d'assurance santé complémentaire ou de leurs frais médicaux

conception marchande de la santé, le Président de la Fédération nationale de la Mutualité française, M. Jean-Pierre Davant, a fait entendre une voix différente : « *La santé n'est pas un marché.* »

Les membres de la mission ont montré un vif intérêt pour ce sujet. Certains ont insisté sur la nécessité de freiner l'augmentation de la consommation de soins. D'autres se sont dits réticents à toute augmentation de la charge pesant sur les assurés. Sur le plan juridique, des objections ont également été formulées : est-on bien certain que l'instauration, même par voie législative, d'un ticket modérateur d'ordre public ne serait pas contraire à la libre prestation de services ? Cette notion de droit communautaire applicable dans tout l'Espace économique européen prohiberait vraisemblablement une telle restriction à la souscription d'un contrat d'assurance. Une autre objection, en droit interne, concerne le droit au maintien d'un contrat d'assurance santé, issu d'une loi de 1989 : si ces dispositions devaient s'appliquer strictement, l'instauration d'un reste à charge incompressible devrait sans doute passer au préalable par une modification, voire la résiliation, de tous les contrats d'assurance complémentaire existants qui prévoient un remboursement à 100 % – voire davantage – des soins reçus⁴⁷.

Soutenue par certains membres de la mission, l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public a le mérite d'ouvrir un débat qui anime la recherche en économie de la santé depuis une cinquantaine d'années : l'influence de la gratuité des soins sur leur consommation, ou, en sens inverse, l'influence d'un reste à charge systématique sur la consommation de soins et de biens médicaux⁴⁸. Soulignons seulement à ce stade que la « gratuité » est généralement fictive, puisqu'elle s'achète *via* un contrat d'assurance, dont le prix tient lui-même compte des conséquences prévisibles de la « gratuité » sur la consommation...

L'idée d'une franchise annuelle sur les dépenses de soins remboursables répond à une logique légèrement différente. Indépendamment même du point de savoir si elle pourrait être assurée auprès d'un organisme complémentaire, cette franchise relève d'une pure conception assurantielle : elle garantit à l'assurance maladie que ses remboursements n'interviendront pas au premier euro. Comme l'a indiqué à la mission M. Jean-Luc Tavernier, une franchise annuelle a pour effet d'exclure totalement du

⁴⁷ Toutefois, certains membres de la mission ont évoqué la possibilité de lier la déductibilité des cotisations de prévoyance à l'absence de remboursement, par les complémentaires, d'une fraction du ticket modérateur

⁴⁸ M. Yves Bur a évoqué à ce propos le cas particulier du régime en vigueur en Alsace-Moselle qui, en offrant de meilleurs taux de remboursement, occasionne des dépenses de santé supérieures d'1,5 point à la moyenne du reste de la France

remboursement les « petits consommateurs ». Cette catégorie peut devenir assez large, lorsque l'on sait que, toujours selon M. Tavernier, le financement par ce biais d'un déficit d'une dizaine de milliards d'euros se traduirait par une franchise annuelle de 200 euros par ayant droit. Elle exerce donc une sorte de responsabilisation générale et spontanée, permettant de dissuader la consommation de soins inutiles. Le ticket modérateur d'ordre public, en revanche, produit une incitation microéconomique par acte, beaucoup plus ciblée ; mais il présente l'inconvénient d'être concentré sur les plus malades. Un débat nourri s'est tenu sur l'intérêt d'une telle franchise. D'un côté, certains membres de la mission sont convenus avec M. Jean-Luc Tavernier qu'il s'agissait d'une mesure de bon sens, à même de rationaliser la consommation individuelle de soins, une mesure classique dans le domaine de l'assurance, appliquée à l'automobile par exemple. A l'opposé, d'autres membres de la mission se sont rangés à l'avis de M. Michel Grignon, directeur de recherches au CREDES, qui récusait le parallèle avec la franchise en assurance automobile, seulement destinée à couvrir des coûts de gestion, une franchise par ailleurs aisément calculable en raison du montant certain du risque maximum assurable – ce qui n'est évidemment pas le cas pour l'assurance maladie.

Au sein de la mission, M. Pierre Méhaignerie a tenu à faire part d'une expérience menée par une mutuelle bretonne : sur les 18.000 adhérents auxquels les instances dirigeantes de la mutuelle avaient proposé l'instauration d'une franchise annuelle de 5 % en contrepartie d'une baisse de 18 % de leur cotisation d'assurance complémentaire, seuls 7 adhérents ont accepté, tous les autres préférant le maintien d'un remboursement à 100 %, même au prix d'une augmentation de leur cotisation. L'attitude des individus face à leurs dépenses de soins n'est pas forcément rationnelle ; un thème qui avait déjà été développé, au cours de son audition, par M. Jean-Marie Spaeth.

Le débat sur ce sujet crucial n'étant pas tranché, mais du moins largement défriché, la mission s'est également penchée sur un large éventail de mesures de responsabilisation de moindre ampleur, et partant plus immédiatement accessibles.

Par exemple, faire contribuer davantage le patient au financement de sa propre consommation de soins et de biens médicaux pourrait prendre plusieurs voies : une hausse de ticket modérateur sous forme de franchise par boîte de médicament ou par feuille de soins, une franchise sur les ALD, une hausse du forfait hospitalier, des déremboursements de certains actes ou prescriptions.

S'agissant des économies potentielles, M. Jean-Luc Tavernier a chiffré celle qui résulterait d'une franchise de 50 centimes par boîte de médicament à 1,5 milliard d'euros par an, et celle qu'engendrerait une franchise de 2 euros par feuille de soins à environ 900 millions d'euros annuels.

La réforme de l'assurance maladie récemment adoptée en Allemagne, particulièrement volontariste, a été évoquée par plusieurs intervenants, ainsi que par certains membres de la mission ; ces échanges ont offert d'intéressants points de comparaison avec la situation française. Dans son volet consacré à la diminution des dépenses, la réforme allemande a prévu :

– une augmentation du ticket modérateur (pour un rendement de 3,3 milliards d'euros dès 2004). Dans le champ de la médecine de ville, s'applique une franchise, jusqu'alors inexistante, de 10 euros par trimestre quel que soit le nombre de consultations. Pour la médecine hospitalière, le reste à charge est de 10 euros par jour (contre 9 euros par jour auparavant, dans la limite de 14 jours par an). La somme des tickets modérateurs est toutefois plafonnée à 1% des revenus des assurés ;

– des réductions de prestations, engendrant 2,5 milliards d'euros dès 2004. Ces réductions concernent notamment les médicaments de confort et les transports sanitaires ;

– un déremboursement des frais de prothèses dentaires (pour 3,5 milliards d'euros à compter de 2005). Ils seront couverts par une assurance volontaire ;

– une sortie des indemnités journalières de maladie du panier remboursable par l'assurance maladie (pour une économie de 5 milliards d'euros à partir de 2007). Là encore, ces prestations seront alors prises en charge par une assurance volontaire ;

– des mesures visant à améliorer l'efficacité du système de santé (pour des économies évaluées à 1,5 milliard d'euros en 2004 et à 3 milliards d'euros en 2007). Il s'agit de la création d'une carte de Sécurité sociale électronique similaire à notre carte Vitale, et du développement du système du « médecin de famille » grâce à une réduction de cotisation pour les patients renonçant au « nomadisme médical ».

La mission n'a pas manqué de faire réagir ses interlocuteurs sur l'un ou l'autre de ces thèmes, fréquemment abordés dans le débat public aujourd'hui. Le ministre de la santé et le secrétaire d'Etat à l'assurance

maladie, qui ont dit réfléchir à toutes les options, ont toutefois fermement écarté l'idée d'une franchise par boîte de médicament, au motif qu'une telle mesure pèserait de façon disproportionnée sur les malades les plus gravement atteints. Parmi les partenaires sociaux auditionnés, la CFTC a exprimé le même refus ; la CGPME en revanche, très attachée à « *stopper l'hémorragie des dépenses* », s'est déclarée favorable à une telle franchise, ou bien à une franchise par feuille de soins. Quant aux représentants des médecins, ils n'ont pas adopté de position unanime sur ce point : M. Dinorino Cabrera s'est déclaré hostile à une franchise par boîte de médicament, tandis que M. Jean-Claude Régi estimait que franchise et ticket modérateur, pourquoi pas d'ordre public, étaient « *une nécessité* ».

La mission n'a pas trouvé en son sein de consensus sur ce point. En outre, les effets pervers ne sont jamais à exclure. Certains membres de la mission ont ainsi évoqué le risque d'un encouragement paradoxal à la consommation de soins du fait de l'instauration d'une franchise que les patients chercheraient à tout prix à dépasser ; d'autre ont pointé l'éventualité d'un ressaut des admissions en ALD qui serait induit par la hausse du ticket modérateur.

Précisément, à propos de l'éventualité d'un traitement distinct du reste à charge pour les patients en ALD, soit près de 6 millions de personnes, qui concentrent, selon M. Michel Grignon, 60 % des prestations en nature de l'assurance maladie, la tentative de réforme précitée de 1980 instaurant un ticket modérateur d'ordre public créait également une franchise spécifique aux maladies dites longues et coûteuses⁴⁹. A une telle mesure touchant directement les patients les plus lourds, la mission préfère un renforcement du contrôle qualitatif de l'admission en ALD grâce à l'utilisation des outils *ad hoc* dont disposent les caisses.

Au titre des mesures de déremboursement conçues sous l'angle financier plus que qualitatif, deux problématiques distinctes ont été abordées par la mission : l'exclusion du périmètre remboursable des actes non justifiés sur le plan médical et le déremboursement des médicaments au service médical rendu insuffisant. Il faut rappeler ici d'emblée la position réservée de nombreuses personnes auditionnées, soit par hostilité de principe à tout déremboursement qui paraîtrait uniquement motivé par des considérations budgétaires, soit par préférence plus ou moins marquée pour une définition scientifique du panier de soins remboursable. Cette attitude offre certes le confort d'une certaine cohérence intellectuelle : en termes simples, « ce qui est un médicalement utile doit être remboursé, et tout le reste, déremboursé ». Dès lors, l'existence de trois niveaux de

⁴⁹ à hauteur de 80 francs par mois pendant 6 mois.

remboursement des médicaments (0 %, 35 % et 65 %) n'aurait plus de raison d'être. Une partie de la mission souscrit à cette conception ; une autre partie est encline à penser que la légitimité scientifique des instances chargées de définir le service médical rendu des médicaments est incontestable, et qu'un réexamen systématique de la pharmacopée faisant correspondre un niveau d'efficacité à un niveau de remboursement est un outil pertinent de responsabilisation. C'est là un pas vers un infléchissement des comportements fondé sur la modulation des tarifs de remboursement. De même, ne plus rembourser les actes non médicaux peut avoir pour point de départ une préoccupation financière légitime. Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 contenait initialement de telles dispositions, finalement retirées, visant les consultations de personnes en parfaite santé pour le simple établissement d'un certificat médical nécessaire à l'obtention d'une licence sportive ou d'un brevet de pilote. Sans se prononcer sur ces exemples précis, la mission a débattu à plusieurs reprises des possibilités de diminution des dépenses dans le champ de l'ONDAM par un couplage entre le niveau de remboursement et le comportement du patient : une responsabilisation incitatrice.

2. Influencer sur les comportements implique de faire le pari de l'incitation

Pour sortir du piège de la responsabilisation stigmatisante, une série de propositions ont émergé au sein de la mission, qui tendent à lier directement le comportement « vertueux » d'un patient et son niveau de remboursement. Portée notamment par la CFDT et la Mutualité française, mais contrebattue par la CFE-CGC, cette idée constitue en quelque sorte le pendant de la responsabilisation des médecins lorsque celle-ci prévoit une incitation financière à la formation médicale continue, à la participation à un réseau de soins ou à l'installation en zone sous-médicalisée.

Dans le cas du patient, cette « récompense de l'effort » pourrait, par exemple, conduire à moduler le taux de remboursement qui lui serait applicable selon qu'il aurait préalablement suivi ou non une campagne de prévention primaire ou de dépistage. Le dossier médical partagé servirait à vérifier la réalité de ce parcours vertueux. De même, et toujours en lien avec l'utilisation du dossier médical partagé, le recours à un médecin référent comme « porte d'entrée » dans le système de soins, avant toute consultation d'un spécialiste par exemple, et à tout le moins avant toute hospitalisation dépourvue d'un caractère d'urgence avérée, pourrait-il être financièrement encouragé pour le patient lui-même. Quelle que soit sa dénomination (« médecin pivot » pour certains, « médecin de famille » pour d'autres, ou encore « médecin de tri »), la généralisation d'un médecin référent, au-delà des expérimentations existant depuis 1998, semble une piste de réforme

unanimentement approuvée, chez les partenaires sociaux comme au sein de la mission.

Sous réserve que les procédures à mettre en place ne pèchent pas par excès de lourdeur ou de complexité, de telles incitations donneraient vraiment corps à la pédagogie à l'égard des patients, si souvent évoquée. En outre, elles seraient un utile catalyseur de la mise en place généralisée de médecins référents sur tout le territoire. La mission a en effet été frappée de constater le décalage existant entre le soutien unanime à cette modalité d'organisation de l'offre de soins et le peu de succès d'expérimentations lancées il y a parfois une quinzaine d'années.

Un autre type d'encouragement du patient à suivre une démarche financièrement vertueuse pour l'assurance maladie, moins consensuel que le précédent, consisterait à promouvoir l'automédication. La mission a noté combien ce sujet pouvait être sensible. En effet, comme l'ont dit certains de ses membres, il n'est *a priori* pas absurde de continuer à utiliser des médicaments qui auraient été exclus du périmètre remboursable mais qui, demeurant vendus en pharmacie, et contenant toujours un principe actif, n'auraient pas perdu toute utilité. Mais de là à soupçonner que le déremboursement de ces médicaments aurait été décidé non pas exclusivement sur critères scientifiques, mais pour d'autres motifs moins avouables (économie pour les caisses ou liberté tarifaire retrouvée pour les industriels détenteurs du brevet), il n'y a qu'un pas, que quelques membres de la mission n'ont pas hésité à franchir. Par conséquent, c'est avec prudence que la mission recommande d'explorer les voies et moyens d'un recours plus éclairé et moins exceptionnel à l'automédication.

Au terme de cette revue de détail non exhaustive, et en forme de contrepoint, la mission tient à rappeler trois données essentielles. Tout d'abord, elle n'oublie pas que nos concitoyens témoignent régulièrement, selon diverses enquêtes d'opinion, de leur impression de payer davantage pour une couverture maladie qui se dégrade. Bien que cette impression soit manifestement erronée, la représentation nationale ne peut l'ignorer. Ensuite, le reste à charge supporté par les assurés au titre de leur régime obligatoire de base existe déjà, à hauteur de 300 euros environ par individu en 2000, dont plus de la moitié (178 euros) est constituée du ticket modérateur et du forfait hospitalier. Enfin, la mission est pleinement consciente des éléments d'analyse économique de la santé que M. Michel Grignon, opposé à l'idée de responsabilisation des patients, lui a présentés : s'il est démontré que l'augmentation du reste à charge des assurés conduit à une diminution de sa consommation de soins, une telle évolution n'est souhaitable, selon lui, ni en termes économiques, ni en termes sanitaires. En effet, il n'est pas économiquement efficace – et il est socialement inéquitable – de diminuer les dépenses grâce à une baisse des transferts des

plus aisés vers les plus modestes ; le moindre recours aux soins déjà observable, pour raisons financières, parmi les ménages modestes, s'aggraverait encore, risquant d'entraîner des retards de soins ou un recours accru à l'hôpital, structurellement plus coûteux pour l'assurance maladie que la médecine ambulatoire.

Autant de considérations qui plaident, d'une part, pour l'insistance sur l'aspect incitatif de la responsabilisation, et d'autre part, pour un accompagnement des efforts demandés aux assurés les plus modestes.

3. Dans un souci d'équité, l'accompagnement au profit des plus modestes des mesures de responsabilisation paraît indispensable

La vision d'ensemble de la réforme a parfois manqué dans le discours des interlocuteurs de la mission. En particulier, la prise en compte de la situation des plus défavorisés de nos compatriotes a souvent été passée sous silence. La mission s'est quant à elle préoccupée de leur sort, considérant qu'une réforme globale se devait de le prendre en compte. Ce souci s'est principalement exprimé de deux manières : à propos de l'éventuel alourdissement du reste à charge pour les assurés, et à propos des Français privés de couverture maladie complémentaire.

La reconnaissance de la solidarité contributive et des transferts des hauts revenus vers les bas revenus comme l'un des principes fondamentaux et intangibles qui doivent régir l'assurance maladie ne peut s'accommoder de préconisations qui tendraient à le remettre en cause. C'est parce qu'elle poursuit une démarche cohérente que la mission entend donner tout son sens à l'expression « responsabilité partagée ». Sans aborder encore la question des recettes de l'assurance maladie, l'effort que la collectivité nationale doit accomplir pour sauver notre système de soins ne saurait exonérer quiconque sans que l'on tombe dans la démagogie, ou que l'on risque l'échec de la réforme ; cela étant dit, une forme de péréquation doit s'appliquer à l'effort demandé. Et les solutions d'économies suggérées par la mission peuvent parfaitement satisfaire à cette condition. En particulier, la modulation en fonction du revenu de la franchise annuelle ou du ticket modérateur d'ordre public sont tout à fait envisageables. Pareille modulation permettrait même de recueillir parmi les partenaires sociaux un consensus plus large : par exemple, la CFTC, hostile à toute franchise par boîte de médicament, est favorable à une franchise annuelle sous réserve de sa modulation en fonction du revenu. Le rendement de la mesure en serait mécaniquement diminué, mais socialement mieux acceptée, la mesure gagnerait sans doute en efficacité, suscitant notamment moins de velléités de fraude.

La mission s'est également montrée particulièrement préoccupée d'examiner les moyens de supprimer l'effet de seuil de la CMU complémentaire qui prive à l'heure actuelle un nombre non négligeable de foyers d'assurance maladie complémentaire. Cette renonciation aux soins mine le principe d'universalité attaché à notre système de soins, et rend difficilement acceptable l'instauration de toute forme de ticket modérateur supplémentaire pour une catégorie de population qui ne serait même pas en mesure de faire le choix de contracter ou non une assurance pour en couvrir le coût. Le chiffre de 8 % est généralement admis pour évaluer la proportion de Français victimes de l'effet de seuil de la CMU complémentaire : leurs revenus mensuels dépassent 566 euros⁵⁰ et l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire grèverait trop lourdement leur budget. Un mécanisme de lissage de l'effet de seuil a bien été mis en place pour les personnes dont le revenu lui est supérieur de 12,7 % au plus. Financé sur les crédits d'action sanitaire et sociale des caisses d'assurance maladie, ce mécanisme susceptible de concerner 1,8 million de personnes n'a pas jusqu'à présent permis de régler le problème, en raison de plusieurs défauts de fonctionnement⁵¹.

M. André Renaudin, délégué général de la Fédération française des sociétés d'assurance, a précisé devant la mission que le chiffre de 8 % de la population recouvrait en réalité deux catégories très différentes : ceux qui, pour des raisons financières, doivent renoncer à l'acquisition d'une couverture complémentaire, et ceux qui, par choix, décident de ne pas souscrire une telle assurance, étant jeunes et bien portants. M. Jean-Luc Tavernier a indiqué que ces deux groupes étaient d'importance équivalente. Les mesures d'accompagnement à prévoir ne concernent bien évidemment que la catégorie financièrement désavantagée, donc 4 % des assurés.

Une mesure portée depuis de nombreux mois déjà par la Mutualité française a retenu toute l'attention de la mission : un crédit d'impôt ciblé sur l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire permettrait de supprimer tout effet de seuil et de parvenir enfin à une universalité de couverture de haut niveau dans notre pays. La technique du crédit d'impôt, lorsque ce crédit est « restituable », présente l'avantage de concerner à la fois les imposables et les non-imposables : le crédit vient en diminution de l'impôt dû, et lorsqu'il dépasse ce montant, ou lorsqu'aucun impôt n'est dû, ses bénéficiaires perçoivent, en pratique, une aide pécuniaire directe. Pour être centré sur son objet, ce crédit d'impôt s'imputerait directement sur le prix du contrat d'assurance. Les contrats

⁵⁰ Pour une personne seule. Les montants varient avec la composition du foyer et diffèrent dans les DOM

⁵¹ Notamment une mauvaise articulation avec les systèmes locaux préexistants et l'insuffisance de l'aide au regard du contrat à acquérir

susceptibles d'y ouvrir droit devraient remplir un certain nombre de critères définis par le législateur. Ainsi que l'a suggéré M. Jean-Pierre Davant lors de sa participation à la table ronde qui réunissait les représentants des assureurs complémentaires, la création de ce crédit d'impôt pourrait s'accompagner, afin d'être compatible avec l'état de nos finances publiques, d'une réduction à due proportion des avantages fiscaux consentis à la prévoyance collective sous forme de déductibilité des cotisations versées pour ces contrats.

Afin de permettre une synthèse des points de vue exprimés par les partenaires sociaux, au cours des auditions menées par la mission, sur les différentes pistes d'économies envisageables, le tableau suivant recense les prises de position des syndicats de salariés puis des organisations patronales.

I.- POSITIONS EXPRIMEES PAR LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES DES SALARIES

Panier soins bles	Taux de remboursement	Déremboursement	Franchise ticket modérateur d'ordre public	Maîtrise médicalisée / m comptable
Décision à l'Etat, is d'un e.	Lié au comportement médical du patient (exemple : actions de prévention = meilleur remboursement).	A ses limites : par exemple, dans le cas des visites non médicalement justifiées, leur nombre a baissé, pas leur coût, pris en charge par les mutuelles.	Non. Ne fait que transférer les dépenses.	Un c degré de com vis-à-vis médecins possible. Pour « médecin-pivot Total opposition à la tarifaire.
Instance e	Contre une modulation	N'a pas fait la preuve de son efficacité		Pour dossier

t le non-
ble (qui
ris en
par le
base ni
assurance
ntaire).

en fonction du
comportement
ou du revenu.

(politique du médicament).

partagé confid
Mais contre la
vitale 2^{ème} génér

Pour
médecin référen
réseaux de soins
accords de bon
des soins, des
de premier r
dispensés par
pharmacien.

Pour
possibilité
rémunération
forfaitaire
médecins.

Déve
la prévention.

Défini
experts
es.

Oui, sur critères
scientifiques.

Contre
une franchise par
boîte de
médicament.

Pour
nouveaux mod
rémunération.

Pour une

Pour
davantage

franchise annuelle
modulée en
fonction des
revenus.

conférences
consensus.

Utilis
l'outil
conventionne
l'égard des mé
(comme pour
pharmaciens
aujourd'hui).

Pour
médecin réf
aucun accès dir
spécialiste.

Pour
dossier m
partagé, li
l'abus
prescriptions.

Panier de soins essentiels	Taux de remboursement	Déremboursement	Franchise ticket modérateur d'ordre public	Maîtrise médicalisée / maîtrise comptable
Identifié conseil supérieur.				Privilège l'incitation, compris financé et non la contrainte
				Réseau de soins, dont médical par médecin coordonnateur, bonnes pratiques
				Certains économies possibles <i>via</i> la politique médicament, meilleure prévention, l'amélioration de santé au travail.

Sur es, non	Contre sa diminution.	Aucune politique du médicament depuis 30 ans. 5 000 spécialités, contre 900 dans les pays comparables.	Contre une ma comptable.
		Inutilité médicale = déremboursement.	Relan la poli conventionnelle l'échelle natio (démographie médicale, honor des spécialistes)
			Pour dossier mé informatisé.
			Pour rémunération forfaitaire dans cas des ALD.
			Pour réaffirmation l'entente préa (notamment II ALD).

Gratu
des actes
médicaux
(renouvellement
d'ordonnance,
certificat mé
...).

II.- POSITIONS EXPRIMEES PAR LES ORGANISATIONS REPRESENTATIVES DES EMPLOYEURS

Panier de soins possibles	Taux de remboursement	Déremboursement	Franchise ticket modérateur d'ordre public	Maîtrise médicalisée / non comptable
Pour une partie du panier et de la partie entre maladie et soins complémentaires (sécurité de la santé «autorité»).	Les compléments doivent pouvoir prendre en charge davantage que les 12 % actuels.		Favorable à une franchise par boîte de médicament et par prescription, ou à une franchise annuelle, d'ordre public, éventuellement modulée pour les faibles revenus.	Suivi parcours médicalisés opposables, Tiers payeur, établissement, refondation conventionnelle (sous individuelle).
			Pas de gratuité, même pour les ALD.	Le déconventionnement doit figurer parmi les sanctions.
				Comme médecin référent choisi par le patient.
				Pour la loi de finances

<p>Fixé par cas échéant e Haute</p>	<p>Oui, pour tenir l'objectif de dépenses.</p>	<p>Pas de ticket modérateur d'ordre public : impossible d'empêcher quelqu'un de s'assurer.</p> <p>Franchise possible pour tenir l'objectif de dépenses.</p>	<p>accompagnée dispositif régulation opp</p> <p>Pour « ONDAM f non dépassable</p> <p>Intér les qu d'articulation hôpital, conventionnem plus sélectif, c contre le nom médical.</p>
<p>Ne er que les services qui u preuve de irité et de ncité.</p> <p>Distinguer solidarité</p>	<p>Oui, pour les médicaments, en fonction de leur service médical rendu.</p>	<p>Un ticket modérateur d'ordre public est contraignant, mais responsabilisant.</p>	<p>Pour carte vitale photo.</p> <p>Prom les bonnes pr plutôt qu'impo sanctions.</p>

(panier
de biens et
et prise en
individuelle.

Maître
démographie
médicale ; élar
médecins
conditions
d'installation
pharmaciens
d'officine.

Dans le champ des dépenses de l'assurance maladie, des mesures parfois draconiennes de responsabilisation des professionnels et des patients sont donc envisageables, pourvu qu'existe un minimum de prise en compte des situations contributives. D'autres mesures plus modestes peuvent les compléter. Couplées à la mise en œuvre rapide d'un dossier médical partagé dans son acception la plus large, ces économies peuvent aider à la résorption des déficits. Cependant, l'augmentation structurelle des dépenses comme le poids de la dette existante commandent d'envisager une action sur les recettes, fût-ce « en dernier ressort ». Cette éventualité lui étant apparue comme plus que probable, la mission s'est fait un devoir de traiter le volet « recettes » dans toutes ses implications.

III.- LES MOYENS D'ACTION SUR LES RECETTES : UNE PRESCRIPTION DELICATE

La mission a affirmé son souhait d'une réforme globale de l'assurance maladie, faisant du volet recettes une action à part entière.

Toutefois, des divergences se sont exprimées de façon nette sur les formes de cette action, faisant d'ailleurs écho à la diversité des positions des partenaires sociaux entendus par la mission⁵². La première porte sur son importance dans l'équilibre de la réforme : si certains membres de la mission la jugent prioritaire, notamment par rapport à la maîtrise des dépenses, la majorité des membres y voit une piste subordonnée à l'objectif prioritaire d'une dépense rendue plus efficiente par la nouvelle gouvernance et mieux maîtrisée. La deuxième divergence porte donc de façon logique sur le calendrier applicable à l'éventuelle hausse de certains prélèvements : certains membres de la mission ne sont par exemple pas hostiles par principe à une hausse éventuelle de la CSG mais estiment qu'elle ne devrait intervenir, le cas échéant, que dans un deuxième temps. A contrario, certains membres sont résolument opposés à la hausse de la CSG, indépendamment du calendrier. Il s'agit de la troisième divergence : elle porte sur le choix même de la recette à retenir pour dégager d'éventuels moyens supplémentaires même si certaines pistes font l'objet d'un large accord voire d'un consensus. Enfin, la mission rejette majoritairement – même si le débat a été particulièrement nourri – une réforme profonde de la structure des recettes contribuant actuellement au financement de l'assurance maladie.

A. LA CRDS : DES INTERROGATIONS FORTES

La Sécurité sociale n'en est malheureusement pas à sa première crise financière. Le déficit actuel de la branche maladie, s'il dépasse le record établi en 1995 pour l'ensemble du régime général, ne fait que suivre une longue série de « trous de la Sécurité sociale ». Aussi a-t-on créé en 1996 une caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) essentiellement alimentée par le produit d'une nouvelle contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS). Son assiette est très proche de celle de la CSG – elle s'en différencie essentiellement par l'assujettissement de prestations familiales exonérées de CSG – et son taux est actuellement de 0,5 %. Son rendement a été de 4,7 milliards d'euros en 2003. Sa durée de perception – initialement limitée à l'année 2009 – a été prolongée jusqu'au 31 janvier 2014 par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998 en contrepartie d'une reprise de dette supplémentaire.

⁵² On trouvera en fin de la présente sous-partie un tableau récapitulatif des positions exprimées par les partenaires sociaux devant la mission

La situation de la CADES lui permettra sans difficultés de faire face au remboursement de la dette qui lui a été confiée depuis sa création. Au 31 décembre 2003, sur un total de 53,8 milliards d’euros mis à sa charge depuis sa création en 1996, il lui reste 38,25 milliards d’euros à rembourser d’ici à janvier 2014. Si la situation semble apurée de ce point de vue, se pose la question de l’éventuelle reprise des déficits accumulés depuis le dernier transfert à la CADES qui, d’ici la fin de 2004, devraient représenter 34,3 milliards d’euros.

Les avantages d’une telle solution seraient d’éviter de grever la gestion courante de la branche maladie par la charge de la dette, de garantir une gestion efficace de celle-ci – la CADES ayant fait la preuve de sa compétence en la matière –, d’offrir aux partenaires sociaux gestionnaires une situation saine dès le début de leur gestion sur des bases renouvelées, bref de permettre à l’assurance maladie de prendre un nouveau départ.

Deux solutions techniques existent et sont éventuellement cumulables : le relèvement du taux de la CRDS et sa prolongation.

1. Une prolongation très discutée

La reprise de la seule dette accumulée d’ici fin 2004 conduirait – sans modification du taux de la CRDS – à une prolongation de l’existence de la CRDS jusqu’en 2023 ou 2024. La mesure est sans doute techniquement la plus simple à mettre en œuvre.

A l’exception de l’UPA, tous les partenaires sociaux se sont clairement exprimés sur ce point. Sauf la CFE-CGC et la CGT-FO qui y sont favorables dès lors que la mesure a pour objet d’apurer le passif, tous se sont prononcés contre une prolongation de la CRDS. L’argument avancé est que cette prolongation ferait peser à l’excès sur les générations futures – dont certains interlocuteurs ont rappelé qu’elles devraient déjà assumer le financement des retraites des actifs d’aujourd’hui – le poids des dépenses de santé des générations actuelles.

Les membres de la mission ont été très partagés sur cette mesure, nombre d’entre eux n’estimant pas « moral » de repousser ainsi la charge des déficits actuels sur d’autres générations. Toutefois, si certaines voix ont catégoriquement rejeté cette option, d’autres – tout en admettant ses inconvénients – y ont vu une mesure nécessaire pour résorber le déficit.

2. Un partage sur l'augmentation du taux

Une augmentation du taux de la CRDS permettrait de résorber la dette accumulée sans les inconvénients liés à l'allongement de sa durée qui viennent d'être évoqués. Ainsi, le doublement du taux de 0,5 % à 1 % permettrait de rembourser d'ici 2014 la dette accumulée à la fin 2004.

Cette proposition recueille l'accord de la CFE-CGC ; la CFDT la lie à la clarification de la politique fiscale du gouvernement. L'UPA et la CGT-FO – dont la position est vraisemblablement défavorable compte tenu de sa position sur la nature du financement de l'assurance maladie – ne se sont pas clairement prononcées sur ce point. Toutes les autres organisations y sont défavorables. Les raisons de ce large refus reposent sur des arguments divers, allant de l'opposition à tout prélèvement supplémentaire au souhait de ne pas diminuer le pouvoir d'achat des Français.

A l'exception de quelques-uns, les membres de la mission ne se sont pas clairement prononcés pour une augmentation du taux pour ces mêmes raisons.

En conclusion, le refus de la mission de trancher en faveur de l'un des deux dispositifs (ou de leur combinaison) permettant de dissocier la gestion de la dette de la gestion courante s'accompagne de la perception claire par ses membres du fait que l'on renverrait ainsi sur la gestion courante la charge des déficits accumulés jusqu'à présent. La poursuite de la réflexion sur ce point rend d'autant plus cruciales la mise en œuvre de la maîtrise des dépenses et la recherche d'éventuelles nouvelles recettes.

B. LA CSG : UNE SOLUTION QUI NE PEUT ETRE ENVISAGEE D'EMBLEE

La contribution sociale généralisée est souvent la première piste évoquée dans la recherche de recettes supplémentaires pour le financement de l'assurance maladie. Il est vrai que ce prélèvement présente des atouts notables. Le premier d'entre eux est son rendement puisqu'elle rapportera 66,6 milliards d'euros en 2004 du fait de son assiette particulièrement large : un point de CSG équivaut à 9,1 milliards d'euros en 2004. Elle porte en effet sur les revenus d'activité, les revenus de remplacement, les revenus du patrimoine et des produits de placement et les gains des jeux. Son deuxième avantage est que cette assiette large permet de faire porter une hausse sur la plupart des revenus et non sur une catégorie donnée à la différence de la plupart des autres prélèvements. Son troisième avantage réside dans son recouvrement effectué par une retenue à la source.

Dès lors, plusieurs possibilités ont été évoquées devant la mission :

- l’augmentation du taux, soit générale, soit ciblée sur une partie de l’assiette ;
- l’uniformisation du taux applicable aux revenus d’activité et du taux applicable aux revenus de remplacement ;
- l’alignement de son assiette sur celle de la CRDS légèrement plus large ;
- l’augmentation de la part actuellement non déductible ;
- l’instauration d’une progressivité ;
- sa fusion avec l’impôt sur le revenu.

1. Une hausse des taux exclue, au moins à court terme

Les effets de la hausse du taux de la CSG sur le financement de l’assurance maladie doivent être mesurés avec une certaine finesse. En effet, les 66,6 milliards d’euros précédemment évoqués ne sont pas intégralement affectés au financement de la branche maladie⁵³ puisque celle-ci n’est destinataire que d’une fraction de la CSG équivalente à 5,25 % sur les revenus d’activité et 3,95 % sur les revenus de remplacement soit environ 70 % du produit. Le rendement pour le financement de la maladie d’un point de CSG supplémentaire est donc environ de 6,3 milliards d’euros⁵⁴.

Certains des partenaires sociaux – au vu des avantages précédemment évoqués – n’ont pas exclu le recours à une hausse du taux de la CSG. Encore ont-ils assorti leur accord de principe à des conditions clairement exposées. La CFE-CGC s’y déclare favorable à la condition qu’elle soit modérée sans préciser quelle hausse entrerait dans un tel cadre. La CFDT voit quant à elle dans la hausse du taux de CSG un « *bon outil* », tout en précisant immédiatement qu’une hausse n’est pas envisageable tant qu’il n’y aura pas eu de clarification de la politique fiscale du gouvernement, estimant qu’il y a contradiction entre la baisse de l’impôt sur le revenu et

⁵³ Dont on rappellera qu’elle ne se limite pas au régime général : il convient de bien rapprocher le déficit correspondant à un régime des seules recettes affectées à ce régime

⁵⁴ On rappellera que le reste de la CSG est réparti entre la branche famille (1,1 point), le fonds de solidarité vieillesse (1,05 point) et le financement de l’APA (0,1 point)

une hausse éventuelle de la CSG. La CFTC semble également résignée à une éventuelle hausse à laquelle elle n'est « *pas opposée par principe* » tout en estimant que l'augmentation des recettes ne constitue qu'une piste de seconde zone et excluant sa mise en œuvre avant une période deux à trois ans le temps de mettre en place une réelle maîtrise des dépenses qu'elle pose en préalable. L'UPA, adoptant une position singulière parmi les organisations d'employeurs du fait de la structure particulière de ses entreprises adhérentes fortement utilisatrices de main-d'oeuvre⁵⁵, lie la hausse des recettes à la maîtrise préalable des dépenses mais préférerait en cas de hausse celle de la CSG à celle de tout autre prélèvement.

Les autres partenaires sociaux ont, à des degrés divers, marqué leur opposition à une hausse de la CSG. La CGT et la CGT-FO la refusent par hostilité au principe même de la CSG dont elles relèvent qu'elle pèse essentiellement sur les salaires⁵⁶ et qu'elle contribuerait à la « *fiscalisation* » du financement de l'assurance maladie, rompant avec la logique assurancielle originelle et affaiblissant le paritarisme traditionnel. Le MEDEF s'est quant à lui déclaré défavorable à tout prélèvement supplémentaire tandis que la CGPME n'accepterait une hausse des recettes qu'« *en dernier ressort, à titre complémentaire et de façon limitée dans le temps* ». La CGPME ajoute qu'elle est opposée à un prélèvement pesant sur les entreprises ou les salariés. Dès lors, elle est défavorable à une hausse du taux de la CSG.

La mission partage ce jugement globalement très réservé. Si certains membres ont motivé leur refus de l'inclusion d'une telle hausse par une hostilité de principe à la CSG, la mission s'est unanimement préoccupée de ses conséquences en termes de pouvoir d'achat pour les Français et a, pour la majorité des membres s'étant exprimés, lié sa hausse à un délai permettant de mettre en œuvre une réelle maîtrise des dépenses, d'en mesurer les effets et de justifier du fait que l'effort éventuellement demandé aux Français ne servirait pas à alimenter un « *puits sans fond* ». Aucune voix ne s'est donc exprimée en faveur d'une augmentation immédiate du taux de la CSG.

La mission a en outre écarté la piste parfois évoquée d'un relèvement différencié de ce taux sur la part de l'assiette portant sur les revenus du patrimoine et des produits de placement (4,7 milliards d'euros de rendement pour l'assurance maladie en 2004). On notera que c'est cette piste qui a déjà été utilisée par le projet de loi relatif à la solidarité pour

⁵⁵ Et de ce fait « pénalisées » par l'assiette actuelle des cotisations patronales assises sur les salaires

⁵⁶ On notera que les revenus d'activité ont en 2002 fourni 73,8 % du produit total de la CSG et les revenus de remplacement 14,5 %

l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées en cours d'examen au Parlement dont un article prévoit un relèvement de 0,3 point du taux applicable à cette partie de l'assiette de la CSG, pour un rendement en année pleine de 300 millions d'euros.

Certains membres de la mission ont toutefois suggéré une augmentation du taux de la CSG applicable aux gains des jeux. On rappellera que le rendement d'un point de CSG sur cette partie de l'assiette est de 50 millions d'euros et le produit en résultant affecté à l'assurance maladie de 266 millions d'euros en 2004.

2. Une modification de la répartition de la charge entre les catégories de cotisants longuement débattue

a) Le refus d'une CSG progressive

Ce point a été évoqué sous la forme de deux options : la fusion entre la CSG et l'impôt sur le revenu dans un nouveau prélèvement progressif ou l'éventuelle instauration d'une progressivité dans le barème de la CSG.

La première option n'a pas donné lieu à débat de la part des intervenants et au sein de la mission, la portée d'une telle réforme excédant à l'évidence le champ d'investigation de la mission, celui de la réforme de l'assurance maladie. Au surplus, la problématique est commune avec celle soulevée par la deuxième option, celle d'une progressivité de la CSG. On relèvera toutefois que certains membres se sont exprimés en faveur d'une suppression totale de la déductibilité de la CSG. La transformation totale ou partielle de la part déductible (5,1 % pour les revenus d'activité et 3,8 % pour les revenus de remplacement) en CSG non déductible n'apporterait pas de recettes supplémentaires à l'assurance maladie mais augmenterait les recettes issues de l'impôt sur le revenu et renforcerait la progressivité de l'ensemble du système de prélèvements obligatoires.

Il convient d'observer que la seconde option – une CSG progressive – n'a que rarement été évoquée devant la mission. Les deux seules organisations – la CFDT et la CFE-CGC – à avoir soulevé ce point ne l'ont d'ailleurs fait que pour manifester leur totale opposition à une telle réforme. La CFE-CGC, en particulier, a souligné le risque qu'elle ferait peser sur la solidarité, estimant qu'on franchirait ainsi « *la ligne jaune* ».

La mission, s'inscrivant pleinement dans le respect des principes traditionnels régissant l'assurance maladie d'un financement solidaire assis

sur des contributions proportionnelles, a rejeté l'instauration d'une progressivité dans le barème de la CSG.

b) Un débat plus partagé sur une éventuelle harmonisation de la CSG pesant sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement

La CSG s'applique à des taux différents sur les revenus d'activité d'une part (le taux est de 7,5 %) et sur les revenus de remplacement des chômeurs et des retraités d'autre part (le taux est de 6,2 %). On peut tout d'abord s'interroger sur la justification de cette différence de traitement dans le prélèvement. On doit ensuite noter que c'est justement sur la partie de la CSG affectée à la branche maladie que s'opère la différenciation des taux. En conséquence, un alignement des taux devrait en toute logique revenir de façon exclusive à cette branche et le rendement de la mesure peut être estimé à 2,1 milliards d'euros en 2004. Dès lors, la mission a souhaité interroger les personnes auditionnées sur un éventuel alignement de ces taux.

Tous les partenaires sociaux ne se sont pas clairement prononcés sur ce point. Le MEDEF est à ranger dans une catégorie à part : il n'a pas voulu répondre à la question estimant qu'une telle décision relève exclusivement des pouvoirs publics. Ne se sont pas clairement prononcées la CGT-FO, la CFE-CGC et l'UPA. Si la position des deux dernières organisations reste inconnue, on peut en revanche estimer que la CGT-FO est probablement hostile à un tel alignement compte tenu de son opposition au principe même de la CSG. Ont clairement manifesté leur désaccord à un tel alignement des taux la CGT et la CGPME. Ont en revanche accepté cette possibilité la CFDT et la CFTC. Elles ont toutefois lié sa mise en œuvre à certaines conditions : pour la CFDT, elle est subordonnée à l'inclusion de la prise en charge de la perte d'autonomie dans le champ de la Sécurité sociale ; pour la CFTC, l'alignement ne pourrait être que progressif.

La mission a eu un long débat sur cette question. Deux positions principales ont été défendues. La première consiste en un refus catégorique de la mesure, fondé notamment sur la perte de pouvoir d'achat qu'elle induirait sur des catégories fragiles (chômeurs) ou aux revenus sinon modestes du moins limités dans leur progression (retraités⁵⁷). La deuxième envisage un tel alignement dans un deuxième temps, au terme de la mise en œuvre de la maîtrise des dépenses – d'ici deux ou trois ans –, le justifiant par un souci d'égalité et par le fait que certains de ces revenus de remplacement peuvent être élevés. Certains ont évoqué, en complément de

⁵⁷ Certains membres ont en particulier relevé que le pouvoir d'achat des retraités était désormais bloqué du fait de l'indexation des retraites et pensions sur l'évolution des prix consacrée par la loi du 21 août 2003 ; l'alignement des taux se traduirait donc par une perte nette de pouvoir d'achat irrattrapable

cette dernière position, la possibilité de maintenir un traitement différencié qui ne serait plus lié à la situation de la personne (en activité, chômeur ou retraité) mais à ses revenus (franchise de CSG sur les 750 premiers euros ou exonération des revenus non imposables).

Aucune voix ne s'est exprimée en faveur d'un alignement immédiat des taux.

c) Un élargissement de l'assiette de la CSG peu évoqué

Si les auditions ont permis d'évoquer une éventuelle harmonisation de l'assiette de la CSG et de celle de la CRDS – qui inclut notamment aussi les prestations familiales – aucun membre de la mission n'a défendu cette piste dont le rendement semble en outre des plus modestes. M. Jean-Luc Tavernier, directeur de la Prévision au ministère des finances, a en effet précisé que la CRDS n'était que « *marginale*ment supérieure ».

En conclusion, les membres de la mission partagés sur une éventuelle hausse future de la CSG et un alignement des taux sont en tout cas défavorables à de telles mesures dans l'immédiat.

C. LES COTISATIONS SOCIALES : UNE PISTE EVOQUEE MAIS NE RECUEILLANT PAS UN ASSENTIMENT MAJORITAIRE

Les cotisations sociales constituent la recette première de l'assurance maladie à un double titre : elles ont été la source quasi-exclusive de son financement pendant des décennies – jusqu'à la montée en charge de la CSG – et ont fondé la gestion paritaire de l'assurance maladie comme des autres branches ; elles sont encore aujourd'hui la source majeure du financement représentant en 2003 plus de la moitié de celui-ci.

Recettes de l'assurance maladie en 2003

	n m i l l i a r d s d , e u r o s	n %
Cotisations patronales	5	8
Cotisations prises en charge par le FOREC		
CSG	0	5
Cotisations salariales		6
Droits tabacs + alcools	4	2
Total	1 5	0 0

Source : tableau réalisé par la mission

Ces cotisations proviennent pour l'essentiel des cotisations sociales patronales dé plafonnées assises sur les rémunérations à un taux de 12,8 %⁵⁸. Un point de cotisation sociale patronale équivaut à 5,15 milliards d'euros soit un rendement inférieur d'environ 20 % à celui de la CSG affecté à l'assurance maladie. S'ajoutent à ces cotisations patronales des cotisations salariales, également dé plafonnées, à un taux de 0,75 % ; le rendement d'un point est de 4 milliards d'euros⁵⁹. Personne n'ayant abordé la question de ces cotisations salariales dont le maintien remplit une fonction largement symbolique faisant le lien entre le financement actuel et le financement passé de l'assurance maladie, les développements suivants ne porteront que sur les cotisations patronales⁶⁰.

Deux instruments sont envisageables : une hausse du taux des cotisations ou un élargissement de l'assiette des cotisations patronales.

1. Le refus majoritaire d'une hausse des cotisations

Une hausse des cotisations sociales patronales offre en apparence de nombreuses vertus puisqu'elle présente un rendement correct, que le prélèvement est simple à mettre en œuvre et qu'il est au surplus indolore pour la plupart des Français puisqu'il ne touche en apparence que les employeurs.

Pour autant, on peut quasiment parler de front du refus des partenaires sociaux puisqu'à l'exception de la CGT-FO – notamment par attachement au paritarisme –, toutes les organisations représentatives au plan national ont rejeté cette possibilité. Cette unité repose sur des raisons diverses : préférence pour la solution consistant à élargir l'assiette de ces cotisations plutôt qu'à les augmenter (CFTC) ; préférence pour la CSG (CFDT⁶¹). La crainte majeure exprimée par certaines organisations

⁵⁸ On rappellera qu'un article du projet de loi relatif à la solidarité pour l'autonomie précité prévoit une contribution des employeurs portant sur la même assiette de 0,3 point

⁵⁹ La différence provient du fait qu'il n'y a pas de cotisations salariales maladie dans la fonction publique et dans les régimes spéciaux

⁶⁰ On observera cependant que l'achèvement du processus de transfert des cotisations maladie vers la CSG pourrait constituer une piste de recettes en cas de transfert à taux égal. Elle se heurte cependant – quoique de façon moins visible – aux mêmes oppositions qu'un relèvement de la CSG

⁶¹ Même si elle en refuse l'usage dans le cadre de la présente réforme (*cf. supra*)

syndicales est qu'une telle hausse pèse sur les salaires – l'employeur intégrant ces cotisations dans l'appréciation du coût salarial – et, crainte cette fois surtout exprimée par les organisations d'employeurs, que la hausse pénalise la compétitivité et donc l'emploi.

Prenant en compte les mêmes préoccupations quant à l'emploi, aucun membre de la mission n'a défendu cette piste⁶².

2. Une réflexion plus partagée sur la modification de l'assiette des cotisations patronales

Le débat sur les qualités et les défauts de l'assiette actuelle des cotisations sociales patronales est connu. On se reportera utilement sur ce point aux nombreux rapports ayant abordé le thème ; sans prétendre à l'exhaustivité, on citera le rapport Chadelat plaidant pour son élargissement et le rapport Malinvaud préconisant au contraire d'en rester à l'assiette actuelle. Les critiques formulées à l'encontre de l'assiette actuelle peuvent être ainsi sommairement résumées : l'assiette des cotisations patronales ne pesant que sur les salaires ne prendrait en compte que le facteur travail avec deux effets pervers, d'une part une pénalisation des entreprises utilisatrices de main d'œuvre, donc de l'emploi⁶³, d'autre part une prise en compte insuffisante – voire une taxation insuffisante – de la véritable richesse créée par l'entreprise. L'élargissement de l'assiette – assise en tout ou partie sur la valeur ajoutée – remédierait à ces inconvénients. Il permettrait en outre selon ses défenseurs une augmentation du salaire disponible, une évolution de l'assiette suivant celle du PIB et une parfaite neutralité de la combinaison des facteurs de production.

Dès lors, le débat est récurrent depuis des années sur une possible modification de l'assiette des cotisations patronales – dont les modalités peuvent d'ailleurs varier, certains proposant une prise en compte de la valeur ajoutée de l'entreprise, d'autres lui préférant un prélèvement assis sur l'excédent brut d'exploitation – de façon à favoriser l'emploi et mieux cerner la richesse réelle des entreprises.

Les partenaires sociaux interrogés sur ce point ont fait part d'opinions très partagées. Quatre organisations sur huit ont exprimé leur opposition à une telle modification de l'assiette : la CFDT, par crainte que la modification pèse sur la négociation salariale, et la CGT-FO, par

⁶² Il convient de distinguer la hausse du taux de cotisations de la politique d'exonération de cotisations

⁶³ Pouvant même pousser à une substitution du capital au travail, par un recours à une organisation du travail favorisant le remplacement de la main d'œuvre par la machine par exemple

attachement au financement traditionnel par les cotisations – fondement de la gestion paritaire – y sont opposées ; la CGPME l’est également par refus de tout prélèvement supplémentaire pesant sur les entreprises et le MEDEF pour des raisons de nature comparable, allant jusqu’à qualifier cette réforme de « *véritable erreur* ». Il convient de rappeler que l’un des principaux griefs traditionnellement faits à une telle proposition est l’importance des transferts de charge qu’elle entraînerait entre entreprises utilisatrices de main d’œuvre et entreprises à forte intensité capitalistique au détriment des secondes⁶⁴. Il n’est pas surprenant que l’UPA se soit déclarée favorable à une modification de l’assiette afin de l’asseoir sur la valeur ajoutée des entreprises. La CGT et la CFE-CGC se sont prononcées en faveur de cette même option tandis que la CFTC l’a jugée intéressante et ne s’y est pas déclarée défavorable à condition que le transfert d’une assiette vers l’autre soit lissé dans le temps.

On relèvera que la plupart des partenaires sociaux y ont vu une alternative à l’assiette actuelle sans référence à une éventuelle hausse du prélèvement qu’elle entraînerait, à l’exception de la CFTC qui estime que des prélèvements supplémentaires seront de toute façon nécessaires.

La mission a analysé avec attention les arguments du débat. De nombreux membres ont été séduits par la simplicité théorique du dispositif mais seuls quelques uns ont été convaincus de la possibilité de le mettre en œuvre sans désorganiser l’appareil productif et de son apport réel au financement de l’assurance maladie. Nettement partagés sur cette question, la plupart des membres de la mission ne retiennent pas la modification de l’assiette des cotisations sociales patronales comme une piste de réforme de l’assurance maladie.

D. DES PISTES DE RECETTES PLUS CONSENSUELLES OEUVRANT A LA CLARIFICATION DU FINANCEMENT

La mission a également étudié des pistes de recettes moins traditionnelles que celles précédemment évoquées. On peut ainsi citer :

- la « TVA sociale » ;
- la garantie des dettes patronales ;
- la taxation de l’épargne salariale ;

⁶⁴ Les autres portent sur l’impact du dispositif sur l’investissement, la pénalisation des secteurs soumis à la concurrence internationale, la contrainte que créerait le dispositif sur la négociation salariale du fait de la baisse des taux de marge ou encore les effets plus faibles qu’escomptés sur l’emploi

- la compensation des exonérations de cotisations sociales ;
- l’augmentation des taxes et impôts affectés à l’assurance maladie ;
- la contribution sociale sur les bénéfiques.

1. Un accueil mitigé aux solutions concourant à la création de nouveaux prélèvements

En dehors des propos et propositions formulés par les intervenants devant la mission ou par certains de ses membres visant à modifier profondément la politique économique et fiscale menée par le gouvernement – qui seront sans doute abordés lors de l’examen du projet de loi portant réforme de l’assurance maladie mais n’ont que peu de chance d’être retenus au stade son élaboration –, la mission a été saisie de trois propositions opérationnelles visant à instituer de nouveaux prélèvements.

a) La création d’une « TVA sociale » rejetée après un examen attentif

Cette « TVA sociale » ne doit pas être confondue avec la prise en compte de la valeur ajoutée dans l’assiette des cotisations sociales patronales. Il s’agit d’une taxe additionnelle à la taxe sur la valeur ajoutée, c’est-à-dire un prélèvement assis sur la consommation. Elle se différencie d’une simple majoration de la TVA par l’affectation de son produit à l’assurance maladie. De fait, son rendement est identique à celui de la TVA, *i.e.* 7,4 milliards d’euros, si l’on fait la moyenne des deux taux (5,4 milliards d’euros pour le taux moyen et 2 milliards d’euros pour le taux réduit).

La proposition défendue devant la mission par la CFE-CGC sous la forme d’une « *cotisation sociale sur la consommation* » présenterait selon ses partisans les avantages suivants. Les charges sociales actuelles assises sur le travail seraient un encouragement au moins-disant social et une incitation à consommer des produits en provenance de pays à faible protection sociale. La « TVA sociale » créerait au contraire une contribution identique sur les produits importés à celle des produits domestiques au financement de l’assurance maladie. Elle favoriserait l’emploi, les secteurs à forte intensité en main-d’oeuvre économisant davantage de charges sociales qu’ils n’auraient de « TVA sociale » à payer en compensation. Elle ne pénaliserait pas les entreprises exportatrices puisqu’elle serait déductible à l’exportation. Enfin, elle ne serait pas inégalitaire puisqu’elle constituerait une taxation proportionnelle au même titre que les cotisations sociales par exemple.

Cette théorie en apparence séduisante n'a recueilli l'accord que de deux organisations : la CFE-CGC et la CGPME. La CFTC a souligné le caractère insuffisamment étudié de la proposition. Le MEDEF a vu en elle un prélèvement nouveau. Toutes les autres prises de position ont été défavorables⁶⁵, en particulier du fait du caractère inégalitaire de la mesure. En effet, la proportionnalité du prélèvement ne s'applique pas aux revenus mais à la consommation et pénalise de ce fait les revenus les plus modestes dont le taux d'épargne est structurellement plus faible.

Après avoir longuement écouté les arguments sur cette proposition, la mission a rejeté la proposition, notamment en raison de son caractère inégalitaire et des problèmes qu'elle pourrait poser au regard des règles communautaires.

b) La garantie des dettes sociales patronales

La CGT a présenté à la mission une proposition visant à créer un fonds de garantie des cotisations sociales patronales : en effet, certaines entreprises tardent à s'acquitter de leurs cotisations sociales voire ne les paient jamais (par exemple en cas de faillite). Le coût de ces pertes est estimé par la CGT à 2 milliards d'euros sans qu'apparaissent clairement ni la part relevant des cotisations maladie ni le montant exact des sommes effectivement irrécouvrables. L'idée serait donc de créer un fonds de garantie – d'une certaine façon le pendant patronal de l'association pour la garantie des salaires (AGS).

Sensibles à l'argumentation, la plupart des membres de la mission ont estimé que la proposition péchait cependant par son imprécision et reviendrait en outre, pour mutualiser le risque, à créer un prélèvement supplémentaire sur les entreprises, pénalisant l'emploi.

c) La taxation de l'épargne salariale

Cette proposition formulée par la CGT vise à assujettir l'épargne salariale, l'intéressement et la participation aux cotisations sociales (dont ils sont en principe exonérés) ainsi qu'à la CSG et à la CRDS (assujettissement de 95 % des sommes concernées). Le rendement de la mesure n'est pas connu.

⁶⁵ On relèvera cependant la proposition de la CGT-FO d'accepter la « TVA sociale » comme moyen pour l'Etat de financer le remboursement à l'assurance maladie des charges pesant indûment sur elle (exonérations non compensées)

La mission ne s'est pas explicitement prononcée sur ce point. Toutefois, la réticence exprimée à l'égard de l'ensemble des prélèvements supplémentaires, en particulier lorsqu'ils grèvent le pouvoir d'achat des salariés, semble conduire implicitement à ne pas retenir cette piste.

2. Un accueil plutôt favorable aux mesures s'inscrivant dans une démarche de clarification du financement

a) La compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales unanimement réclamée

Depuis la loi Veil de 1994, les exonérations de cotisations sociales donnent lieu à compensation intégrale par l'Etat, en vertu de l'article L. 131-7 du code de la Sécurité sociale, des pertes de recettes induites pour les organismes de Sécurité sociale. On ne reviendra pas ici sur les débats⁶⁶ que peut provoquer le caractère intégral ou non de la compensation des exonérations inscrites dans les comptes du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de Sécurité sociale (FOREC). La mission n'a pas abordé ce point. Une autre catégorie d'exonérations ne fait pas en revanche l'objet de débats polémiques : il s'agit des exonérations antérieures à 1994 et donc non compensées. Les sommes correspondantes ont fait l'objet d'évaluations souvent imprécises par les personnes auditionnées. Le rapport de la commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2003 permet de les estimer à 2,09 milliards d'euros pour 2004.

Le coût des dispositifs d'exonérations non compensées

(en millions d'euros)

	Cotisations exonérées 2002	Cotisations exonérées 2003
Mesures emploi à domicile	841	900
CES/CEC	787	787
Temps partiel	331	280

⁶⁶ Déjà évoqués supra (cf. II – A)

Embauche premier salarié	197	5
Associations intermédiaires	61	6
Autres	10	1
Total	2 227	2

(*) prévisions

Source : rapport de septembre 2003 de la commission des comptes de la Sécurité sociale

En dépit de la légère baisse prévue en 2004 liée à l'extinction des dispositifs relatifs au temps partiel et première embauche, la somme reste donc conséquente et représente pour l'assurance maladie un manque à gagner d'environ 850 à 900 millions d'euros⁶⁷.

La CGT et la CGT-FO ont explicitement demandé la compensation intégrale de ces exonérations par l'Etat⁶⁸, les autres partenaires sociaux semblant *a priori* également favorables à une telle mesure.

Les membres de la mission se sont déclarés favorables à la compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales qui contribuera en outre à la clarification du financement de l'assurance maladie.

b) L'affectation d'une part supplémentaire des droits tabacs et alcools revendiquée

On rappellera tout d'abord l'existence et l'évolution des principaux impôts et taxes affectés à l'assurance maladie sur la période 2000-2004.

Principaux impôts et taxes affectés à la branche maladie entre 2000 et 2004

⁶⁷ Le solde des exonérations non compensées concernant essentiellement les branches vieillesse (25 % du produit) et famille (15 %)

⁶⁸ Qui assure seul cette mission depuis la disparition du FOREC

2000	2001	2002	2003
1,1	1,1	1,1	Non modifié
%	%	%	
5,1	5,25	5,25	
%	%	%	
1,3	1,15	1,05	Non modifié
%	%	%	
0 %	0 %	0,1	
		%	
8 %	0 %	0 %	Non modifié
13	0 %	0 %	
%	30	15 %	
30	%	65 %	
%	50	20 %	
49	%		
%	20		
0 %	%		

⁶⁹ Aucun membre de la mission n'a fait la proposition de modifier cette répartition qui conduirait à « déshabiller » une autre branche au profit de l'assurance maladie.

% 16	% 2,61	% 8,84	% 15,2
% 79	% 97	% 90,77	% 84,4
% 0,39	% 0,39	% 0,39	% 0,35
% 5,9	0 %	0 %	0 %
% 45	0 %		
% 55	% 100	Non modifié	Non modifié
0 %	0 %		
% 100	Non	0 %	
0 %	modifié	% 100	Non modifié
0 %		0 %	

On peut observer que la période s'est traduite par un transfert massif des principaux – hors CSG et 2 % capital – impôts et taxes affectés à l'assurance maladie vers le FOREC. La disparition de celui-ci a débouché

sur le retour à la branche maladie d'une partie des produits concernés sans que ceux-ci retrouvent leur niveau antérieur. Le produit des impôts et taxes affectés à l'assurance maladie (hors CSG et 2% capital) est passé de 3,7 milliards d'euros en 2000 à moins de 1,9 milliard d'euros en 2004.

M. François Monier, secrétaire général de la commission des comptes de la Sécurité sociale, a longuement et clairement développé ce point lors de son audition : *« les taxes sur tabac et alcool, pour le moment, ne sont affectées que pour partie à la CNAM. Cela a d'ailleurs changé tous les ans depuis dix ans : CNAM, FOREC, FSV, Etat maintenant... (...) il serait souhaitable que ces recettes soient affectées intégralement, un jour ou l'autre, à la CNAM. Ces impôts – taxes sur tabac et alcool, assurance automobile et quelques autres – (...) semblent avoir pour vocation à être affectés intégralement à l'assurance maladie. Il se pose un problème de frontières. (...) Dans la clarification nécessaire qu'il doit y avoir dans les relations entre Etat et Sécurité sociale, il serait utile de le définir une fois pour toutes, sans modifier chaque année la part affectée à l'un et celle affectée à l'autre en fonction des besoins des uns et des autres. »*

La mission observe que l'affectation de tout ou partie des droits alcools et des droits tabac – ébauchée pour ceux-ci par les deux dernières lois de financement de la Sécurité sociale – pourrait non seulement contribuer à la compensation des exonérations précédemment évoquée mais permettrait en outre de dégager des moyens supplémentaires en faveur de l'assurance maladie. Elle estime qu'une telle affectation serait légitime au vu des objectifs de santé publique poursuivis par ces droits et du coût pour l'assurance maladie de la consommation de ces produits. La Cour des comptes soulignait d'ailleurs dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2001 – alors même que le montant des sommes affectées était supérieur au montant actuel – *« l'écart entre l'évaluation du coût du tabagisme et de l'alcoolisme – quelle que soit l'imprécision de cette évaluation – et le produit des taxes correspondantes rattachées à l'assurance maladie »*.

En conséquence, la mission demande le transfert d'une partie supplémentaire au moins des droits tabac et alcool affectés à l'assurance maladie antérieurement à leur transfert au FOREC.

c) L'affectation de la contribution sociale sur les bénéfiques non tranchée

Dans la même logique de clarification des comptes entre la Sécurité sociale et l'Etat et du financement de la première, la CFDT a proposé le transfert de la contribution sociale sur les bénéfiques affectée jusqu'en 2003 au FOREC.

On rappellera que cette contribution instituée par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2000 constitue une contribution additionnelle de 3,3 %⁷⁰ assise sur l'impôt sur les sociétés et acquittée par les entreprises assujetties à cet impôt réalisant plus de 7,63 millions d'euros de chiffre d'affaires. Son rendement a été de 740 millions d'euros en 2003.

La mission ne s'est pas formellement prononcée sur un tel transfert. Il répond évidemment à une triple logique à laquelle la mission est favorable : ce n'est pas un prélèvement nouveau ; il accroîtrait les recettes de l'assurance maladie ; il entrerait dans la vaste opération de clarification des comptes entre l'assurance maladie et l'Etat rendue nécessaire par la disparition du FOREC. Toutefois, son opportunité s'inscrit précisément dans une opération d'ensemble visant à un transfert de recettes affectées au budget de l'Etat au profit de l'assurance maladie restant dans des proportions raisonnables. En conséquence, cette piste est à apprécier au regard du degré de satisfaction apporté aux deux revendications présentées par la mission sur la compensation des exonérations et le transfert d'une partie des droits alcools et tabac.

En conclusion, la mission n'a pas souhaité créer de prélèvement nouveau – en dehors de quelques recettes au rendement marginal – et a privilégié, d'une part, le transfert de ressources revenant de droit à l'assurance maladie et, d'autre part, la préalable maîtrise des dépenses avant une éventuelle augmentation de l'une ou l'autre des grandes ressources de la branche. Dans cette perspective, elle a d'emblée marqué son opposition à l'utilisation de certaines recettes (la hausse des cotisations patronales notamment) et à une réforme profonde de la structure du financement.

Elle a par ailleurs laissé ouverte la réflexion sur une reprise de la dette actuelle par une modification de la CRDS.

⁷⁰ Avec un abattement à la base

I.- POSITIONS EXPRIMEES PAR LES ORGANISATIONS SYNDICALES REPRESENTATIVES DES SALARIES

	CSG		CRDS		Cotisations patronales	Taxation de la valeur ajoutée	Observations
	Hausse du taux	Alignement des taux	Hausse du taux	Prolongation			
CFDT	Bon outil mais contre une hausse tant qu'il n'y aura pas eu de clarification de la politique fiscale du gouvernement (baisse de l'IR). Contre sa progressivité.	Favorable si le financement de la perte d'autonomie se faisait au sein de la sécurité sociale	Contre une hausse tant qu'il n'y aura pas eu de clarification de la politique fiscale du gouvernement (baisse de l'IR).	Défavorable.	Défavorable à la hausse du taux et au changement de l'assiette.	Défavorable à une TVA sociale assise sur la consommation : inégalitaire.	La hausse des recettes classiques est refusée en l'absence de changement de la politique fiscale. Proposition d'affecter le produit de la contribution sociale sur les bénéficiaires jusqu'à là affectée au FOREC.
CFE-CGC	Favorable à un relèvement modéré et proportionnel (refus d'une progressivité de la CSG).	NC	Favorable	Favorable	Favorable à un élargissement de l'assiette par un mécanisme de taxation de la valeur ajoutée qui s'y substituerait en tout ou partie.	Mise en place d'une « cotisation sociale sur la consommation » consistant en une hausse de la TVA affectée à l'assurance maladie. Assiette à préciser.	La CGC estime que des prélèvements supplémentaires sont nécessaires. Sa préférence irait à une modification de l'assiette des prélèvements actuels par la cotisation sociale sur la consommation. Ce n'est qu'à défaut d'une telle option qu'elle plaide pour une augmentation des prélèvements existants.
CFTC	Peut-être irrémédiable	Favorable à un alignement progressif	Défavorable	Défavorable	Pas hostile à une réflexion sur une modification de l'assiette des cotisations lissée dans le temps.	Piste jugée intéressante mais pas chiffrée et mal évaluée.	Pas hostile à une hausse des recettes mais c'est une piste de 2 nd e zone (maîtrise préalable des dépenses) à explorer d'ici 2 à 3 ans.

CGT	Défavorable	Défavorable	Défavorable	NC	Favorable à un changement de l'assiette	Favorable à un financement assis sur la valeur ajoutée des entreprises. Défavorable à une TVA sociale.	Proposition de taxation de l'épargne salariale (assujettissement à cotisation). Création d'un fonds de garantie des impayés de cotisations patronales. Remise en cause des exonérations et clarification de leur financement
FO	Défavorable, par hostilité au principe même de la CSG qui pèse essentiellement sur les salaires et « fiscaliserait » les recettes de la sécurité sociale. <u>NB</u> Favorable à un relèvement de la CSG sur les revenus de l'épargne.	NC mais en toute logique défavorable pour les mêmes raisons.	NC mais compte tenu de la position exprimée sur la CSG, probablement défavorable.	Favorable (il s'agit d'apurer le passif).	Favorable à une hausse du taux mais défavorable à un élargissement de l'assiette.	Pas hostile à une taxation supplémentaire de la valeur ajoutée, pas pour assurer le financement de l'assurance maladie, mais pour permettre à l'Etat de financer les charges « indues » pesant sur l'assurance maladie (par exemple les exonérations de charges non compensées, soit 3 Md€ par an).	FO reste attaché au financement classique par les cotisations et est principalement favorable à une hausse des cotisations patronales.

II.- POSITIONS EXPRIMEES PAR LES ORGANISATIONS REPRESENTATIVES DES EMPLOYEURS

	CSG		CRDS		Cotisations patronales	Taxation de la valeur ajoutée	Observations
	Hausse du taux	Alignement des taux	Hausse du taux	Prolongation			
CGPME	Défavorable	NC	Défavorable	Défavorable	Défavorable à une hausse. Défavorable à un élargissement de l'assiette.	« Préférence » pour une TVA sociale.	La hausse des prélèvements n'est acceptée qu'en dernier ressort, à complémentaire et de façon limitée dans le temps (2 ou 3 ans). Préférence pour un prélèvement sur les salariés ni sur les entreprises.
MEDEF	Défavorable	NC La décision relève des pouvoirs publics	Défavorable	Défavorable	Défavorable à une hausse du taux	Défavorable à la TVA sociale : « ce n'est pas le rôle du MEDEF que de proposer un nouveau prélèvement » Défavorable à l'élargissement de l'assiette à la valeur ajoutée : une « véritable erreur »	Opposé à tout prélèvement supplémentaire, le MEDEF semblerait hostile à un prélèvement se substituant aux prélèvements actuels qui permettrait de faire peser l'effort également sur les produits importés (TVA sociale).
UPA	Favorable à une hausse de CSG plutôt qu'à celle d'un autre prélèvement.	NC	NC	NC	Défavorable à une hausse. Favorable à un changement d'assiette	Favorable à un financement assis sur la valeur ajoutée des entreprises.	La hausse éventuelle des recettes est conditionnée à une réelle maîtrise des dépenses.

SYNTHESE DU RAPPORT

L'assurance maladie se trouve aujourd'hui dans une situation préoccupante. Les difficultés actuelles risquent de miner le fondement même du régime et de mettre à mal une des institutions auxquelles les Français sont le plus attachés.

La nécessité d'une réforme profonde et non d'un énième plan de redressement se fait d'autant plus sentir que des facteurs structurels pèsent et pèseront de plus en plus lourd sur les dépenses et semblent entraîner leur hausse inéluctable. La mauvaise conjoncture économique a récemment aggravé la situation mais la seule reprise de la croissance ne réglera pas tous les problèmes. **C'est la structure même de l'offre de soins et le pilotage du système qui sont en cause.** De fait, le système français apparaît aujourd'hui dans une situation précaire.

J'ai donc souhaité que la représentation nationale soit partie prenante à la réforme à venir en organisant cette mission d'information. Son but n'était pas de rééditer les travaux déjà réalisés dans d'autres instances, et notamment par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Il n'était pas non plus de se substituer au gouvernement en élaborant son propre projet de loi, ni de proposer une réforme clefs en main. J'ai en revanche voulu que le Parlement soit à l'écoute des différents acteurs du système, recense les remèdes envisagés pour soigner l'assurance maladie et qu'il s'exprime sur chacun d'entre eux, en faisant état des points d'accord mais sans taire les doutes et les divergences de vue. Il m'a semblé utile que l'Assemblée nationale apporte sa contribution à la réflexion collective avant même l'examen du projet de loi.

Au terme des 19 auditions et tables rondes qui se sont tenues en l'espace de trois semaines et de plusieurs réunions entre les membres de la mission, on peut tirer de ces travaux les conclusions suivantes :

– Les députés membres de la mission ont manifesté de façon unanime leur attachement aux principes fondateurs de l'assurance maladie.

– Un large accord a été trouvé sur le diagnostic à poser sur les difficultés actuelles.

– Les thérapeutiques à mettre en œuvre pour remédier aux difficultés ont, en revanche, suscité de nettes divergences au sein de la mission, comme il en existe parmi les acteurs du système de santé.

I – UNANIMITE SUR LA PERENNITE DES PRINCIPES FONDATEURS DE L'ASSURANCE MALADIE

Nous avons pu vérifier l'attachement unanime des personnes auditionnées aux principes fondateurs du système de soins français. La santé, de l'avis de l'ensemble des acteurs, ne constitue pas un bien comme les autres. Trois principes essentiels régissent notre système et doivent guider sa réforme : **l'égalité dans l'accès aux soins, la solidarité et l'accès à des soins de qualité.**

L'égal accès aux soins suppose d'abord que les soins soient les mêmes pour tous les assurés sans distinction fondée par exemple sur l'âge, le revenu, la situation familiale ou l'état de santé. Ce qui nous apparaît parfois comme une évidence n'en est pourtant pas une dans d'autres pays et distingue profondément le système français de ceux bâtis sur une logique d'assurance. Les membres de la mission se sont montrés très attachés au maintien de ce principe que nous considérons comme le cœur du système de santé et une condition essentielle de l'égalité. Cette égalité dans l'accès aux soins se fait au surplus à un niveau de prise en charge particulièrement élevé. Le taux de remboursement des dépenses de santé était en moyenne de 88,3 % en 2001, en progrès sur la décennie écoulée. L'égal accès aux soins résulte également de la diversité de l'offre de soins et de la liberté qu'il offre aux acteurs du système de santé. Il résulte enfin du refus de voir un patient écarté de l'accès aux soins pour des raisons financières.

Le caractère solidaire du système découle de son mode de financement qui crée des transferts entre diverses catégories puisqu'elles ne contribuent pas toutes pour le même montant mais qu'il n'y a pas de raisons pour qu'elles bénéficient de remboursements de dépenses d'un montant différent. Ces transferts opèrent une redistribution d'abord des bien portants vers les malades, des plus riches vers les plus modestes, des salariés vers les retraités et les chômeurs, des plus jeunes vers les plus âgés, des célibataires vers les familles.

Enfin, le système doit permettre à tous d'**accéder à des soins d'égale qualité.** Il assure par exemple la formation de professionnels compétents, en nombre suffisant et couvrant à peu près les besoins des différentes spécialités.

L'attachement unanime des membres de la mission à ces trois principes a cependant laissé place à des débats. Nous nous sommes par exemple interrogés, dans le cadre de l'égalité d'accès aux soins, sur la possibilité d'étendre la couverture complémentaire aux 8 % de Français qui en sont actuellement dépourvus, sur la notion de gratuité des soins ou encore

sur la conciliation entre la diversité de l'offre et la nécessité de rendre celle-ci accessible à tous.

Ces débats ont permis de réfléchir à la pertinence et à l'adéquation des principes retenus aux évolutions de notre système de santé. Ils attestent la réalité de cet attachement qui ne saurait être confondu avec une adhésion formelle à une liste de vœux pieux et servira utilement de fil conducteur à la réforme.

II – LE DIAGNOSTIC EST PARTAGE : L'ASSURANCE MALADIE EST UN PATIENT AUJOURD'HUI AFFAIBLI

Le premier constat porte sur le **caractère très préoccupant de l'équilibre financier de l'assurance maladie**. Le déficit de la branche maladie prévu pour 2004 est de 12,9 milliards d'euros, équivalent au double du déficit constaté en 1995 qui avait conduit au plan de redressement décidé par le gouvernement d'Alain Juppé, et supérieur pour la seule branche maladie au déficit de l'ensemble du régime général constaté en 1995. En outre, ce déficit s'est dégradé de façon de plus en plus rapide lors de la période récente. Plus préoccupant encore, il revêt un caractère structurel. **Même au plus fort de la croissance, l'assurance maladie n'a jamais renoué avec un solde positif. Aucune voix ne s'est élevée au sein de la mission pour défendre l'idée selon laquelle le déficit pourrait être jugulé par le seul retour de la croissance.** Si certains membres de la mission, comparant le montant du déficit et celui des exonérations de cotisations sociales, estiment que les difficultés actuelles résultent avant tout d'une perte de recettes, pour la majeure partie d'entre eux, le déficit de l'assurance maladie résulte plutôt d'un dérapage des dépenses. La mission a relevé qu'il concerne l'ensemble des dépenses, soins de ville et établissements et ne permet pas de désigner un responsable unique.

Ce dérapage intervient dans un contexte de tensions des comptes de la Sécurité sociale qui ne permet plus aux autres branches de financer le déficit de l'assurance maladie, quand bien même on souhaiterait faire ce choix. La poursuite de la tendance actuelle contraindrait à augmenter la CSG d'un point tous les trois ans, soit un doublement d'ici 2020, ou à diminuer de plus de 20 points le taux de prise en charge pour juguler la dette, perspectives toutes deux inacceptables.

Le deuxième constat concerne **l'inefficacité des plans de redressement et des outils de maîtrise jusqu'à présent mis en place**. Les « plans de sauvetage » adoptés depuis le milieu des années 1970 – on dénombre douze plans de redressement financier entre 1975 et 1995 – ont eu une dimension essentiellement conjoncturelle. La régulation s'est centrée sur des mesures tarifaires qui ont eu généralement pour seule conséquence de

faire fonctionner le système de vases communicants reliant les régimes de base et les organismes d'assurance complémentaire.

A partir de 1997, les lois de financement de la Sécurité sociale ont institutionnalisé cette régulation conjoncturelle sans parvenir – du fait du caractère indicatif de leurs objectifs constamment dépassés et du non-usage des mécanismes correctifs – à enrayer l'évolution des déficits qui continuent de gonfler la dette. Les déficits courants résultent de l'échec des mesures sur l'offre de soins assimilées à une maîtrise comptable. Ils résultent également de l'absence de réels résultats d'une « maîtrise médicalisée » mise en œuvre par la suite, qui a souffert d'une insuffisance d'expertise scientifique et d'implication des praticiens eux-mêmes.

Cette absence d'implication s'explique notamment par la crise permanente depuis 1971 du système conventionnel. En dépit de l'élargissement de leur champ, les conventions ont été insuffisamment suivies d'effet, qu'elles aient été contestées en droit ou qu'elles aient manqué de force contraignante. Les membres de la mission dressent ici un constat paradoxal : au refus de toute contrainte excessive pesant sur l'exercice libéral des professions médicales et paramédicales fait écho le regret d'un manque de moyens efficaces pour infléchir les pratiques et les comportements. Parmi ces comportements, nous avons également relevé la prise de conscience insuffisante chez les usagers du coût de la santé.

Le troisième constat est celui de **l'insuffisante exploitation des sources d'économies structurelles**. Les auditions ont fait état du coût lié aux « pertes en ligne » du système pouvant aller jusqu'à 15 à 20 % des dépenses. Celles-ci découlent d'abord des imperfections de l'organisation du système de soins : défaut de coordination (par exemple le cloisonnement entre la ville et l'hôpital), caractère dispendieux de la gestion interne de l'hôpital, manque de suivi de la formation médicale continue, insuffisance de la prévention – facteur auquel certains membres de la mission attribuent un rôle majeur dans les dysfonctionnements –, incohérences de la politique du médicament. Ces « pertes » résultent aussi des insuffisances du contrôle et de l'évaluation : caractère lacunaire de l'évaluation des pratiques, contrôle et réexamen trop peu fréquents du périmètre de prise en charge.

La majorité des membres de la mission estime que tous ces maux proviennent surtout d'une totale **absence de cohérence entre les acteurs du système de santé**. La modification progressive en faveur de l'Etat de la répartition traditionnelle des rôles entre celui-ci et les partenaires sociaux, liée à la généralisation de la couverture et à la modification profonde des conditions de financement de l'assurance maladie, a affaibli le paritarisme, renforcé la contrainte s'exerçant sur les dépenses gérées par les partenaires sociaux et perturbé leur gestion.

Les partenaires sociaux ont en effet été déresponsabilisés et court-circuités. Alors que les lois de financement fixent un objectif de dépenses national, les gestionnaires de l'assurance maladie ne disposent pas du moindre droit de regard sur les recettes et ont des pouvoirs réduits sur les dépenses, près de la moitié d'entre elles étant gérée directement par l'Etat ou ses représentants. Cette situation place les caisses dans une position paradoxale. Elles sont souvent accusées de ne pas savoir maîtriser la dépense ; y arriveraient-elles qu'elles apparaîtraient comme l'instrument majeur de la régulation, « l'empêcheur de soigner en rond »... Elles souffrent en outre de l'immixtion récurrente de l'Etat dans le champ conventionnel, donnant par exemple à intervalles réguliers satisfaction aux demandes de revalorisation des actes ignorées ou refusées par elles. Contestées dans l'exercice de leur délégation de gestion, les caisses en ont d'ailleurs peu à peu développé une approche restrictive.

La majorité des membres de la mission a jugé que chacun des acteurs porte une responsabilité dans l'échec de la délégation de gestion et que tout mécanisme de cette nature ne pourrait à l'avenir s'exercer que dans le cadre d'une répartition extrêmement claire des compétences.

Le diagnostic, sévère, n'est pas inédit. Il convient toutefois de souligner deux points : aucun acteur du système de santé pris individuellement ne semble avoir véritablement failli ou démissionné, tous clamant leur attachement au système de santé français ainsi qu'aux principes qui le régissent et regrettant ses dysfonctionnements ; pour autant, aucun d'entre eux ne semble admettre une part de responsabilité dans ces dysfonctionnements.

III – LA THERAPEUTIQUE PASSE PAR DES SOINS INTENSIFS POUR LE FINANCEMENT ET UNE CHIRURGIE REPARATRICE POUR L'ORGANISATION

Plusieurs préoccupations nous ont animé dans l'élaboration de cette thérapeutique : la nécessité urgente d'agir en profondeur, le souci constant de ne retenir que les pistes s'inscrivant dans le respect des principes fondateurs de l'assurance maladie, la recherche de toutes les pistes sans exclusion d'aucune sorte *a priori*.

Si, au terme de ces travaux, nous ne sommes pas parvenus à un consensus, nous nous sommes prononcés en faveur d'une action sur chacun des trois axes de réforme : l'organisation du système, les dépenses et les recettes.

– Un traitement prioritaire et prometteur consiste en la mise en œuvre d'**une meilleure gouvernance**. Nous n'avons pu que constater la diversité des propositions faites en la matière, qu'elles émanent des partenaires sociaux ou du gouvernement.

Nous sommes parvenus à un **large accord en faveur d'une délégation de gestion renforcée** après avoir unanimement écarté les options radicales que constitueraient l'étatisation ou la privatisation. Toutefois, certains membres se sont interrogés sur la capacité et la légitimité des partenaires sociaux à gérer le système.

Nous nous sommes en outre largement accordés sur le renforcement nécessaire de la délégation actuelle, à la fois par la garantie aux gestionnaires d'une véritable autonomie et par l'inclusion de l'hôpital dans le champ délégué, ce second point semblant d'ailleurs pour certains membres constituer l'occasion de rapprocher ville et hôpital au niveau régional par la création d'agences régionales de santé ou, tout au moins, la délégation aux URCAM d'une enveloppe et d'un objectif budgétaires incluant les dépenses hospitalières. Dans le même esprit, certains membres de la mission ont rappelé leur attachement à une réorganisation interne de l'hôpital.

La grande majorité d'entre nous s'est toutefois parallèlement déclarée attachée au **maintien de compétences régaliennes** telles que la détermination des orientations de santé publique et la garantie de l'égalité de l'accès aux soins et a de ce fait souligné la nécessité d'une bonne articulation entre Etat et gestionnaires de l'assurance maladie. Un schéma a recueilli un large accord au sein de la mission : l'Etat arrêterait chaque année en concertation avec les gestionnaires un projet de budget pour l'assurance maladie dont les dépenses, une fois votées par le Parlement, deviendraient opposables et non plus indicatives comme aujourd'hui. Ces « lois de finances sociales » ne pourraient être modifiées en cours d'année sans intervention d'une loi rectificative.

En revanche, nous n'avons pu, pas plus que les partenaires sociaux, nous entendre sur les structures devant exercer la délégation de gestion. Si les membres de la mission se sont généralement déclarés favorables à un système composé de deux cercles dont l'un au moins associerait les partenaires sociaux et éventuellement d'autres acteurs – les modalités de ce paritarisme rénové constituant la première dissension importante – les divergences ont porté sur la dénomination, la composition et les compétences de chacune des deux structures. On peut schématiquement distinguer entre : d'une part, les partisans de solutions fondées sur un aménagement du schéma classique (par exemple une gestion exercée par un conseil d'administration à la légitimité renouvelée par le

rétablissement des élections des administrateurs) ; d'autre part, les tenants d'un exécutif resserré mais mieux contrôlé par une structure paritaire, éventuellement élargie.

Nous nous sommes par ailleurs accordés sur la **nécessité d'un meilleur dialogue** entre l'ensemble des acteurs du système de santé. Cependant, des nuances parfois importantes se sont exprimées sur ses modalités. Ainsi, le regroupement des caisses des régimes de base, des professionnels de santé et des assurances complémentaires dans trois unions reçoit un accueil favorable mais nombre des membres de la mission se sont montrés sceptiques quant à la capacité des mutuelles et des assureurs à travailler dans une même union tant leurs conceptions de la santé sont apparues antagonistes. De même, la proposition de créer une Haute Autorité, structure indépendante chargée d'une mission scientifique et concourant à l'évaluation des pratiques médicales, des actes et des produits, recueille notre assentiment mais des divergences existent sur la nature et la portée de ses décisions. Enfin, ce dialogue suppose de donner le dernier mot à quelqu'un et les membres de la mission sont profondément divisés sur l'instance (Etat, Haute Autorité ou assurance maladie) à laquelle confier la définition du périmètre remboursable et des conditions de remboursement des soins. En revanche, la majorité de la mission s'est clairement prononcée en faveur de la création d'une structure centralisant au plan national les données médicales, à la condition que ces données soient anonymes et strictement confidentielles.

L'enjeu de cette nouvelle gouvernance est fondamental puisqu'elle devrait concourir à une **progression de la qualité de notre système de soins**, gage d'efficacité et d'efficience. Elle permettra ainsi une meilleure gestion prévisionnelle de la formation initiale des médecins et de la démographie médicale. La meilleure implication des professionnels devrait par ailleurs permettre de systématiser la formation médicale continue pour laquelle la mission a marqué un intérêt unanime : elle a même souhaité son caractère obligatoire et sanctionné – positivement comme négativement, selon des modalités à préciser. Nous estimons également que la généralisation de l'évaluation qualitative des pratiques médicales est une nécessité pour l'hôpital comme pour la ville et nous nous sommes ainsi unanimement prononcés pour des sanctions graduées en cas de non-respect de référentiels de bonne pratique largement diffusés. Dans le même esprit, sans trancher la question du rythme de l'accréditation, nous avons approuvé l'enrichissement de son contenu et l'acceptation large de cette notion. Enfin, nous estimons que la mise en œuvre effective de la nouvelle classification commune des actes médicaux ne peut plus être retardée.

– L'action sur les dépenses passe par la responsabilisation de tous les acteurs, professionnels de santé et patients.

Si les divergences ont pu être profondes au sein de la mission comme parmi ses interlocuteurs sur telle ou telle mesure d'économie, tous sans exception ont appelé de leurs vœux **le dossier médical partagé** dont on attend une économie de 6,5 à 7 milliards d'euros d'ici 2007. La mise en œuvre de ce support numérisé d'informations médicales confidentielles, à partager entre le patient et son médecin, ou ses médecins le cas échéant, et si possible, à utiliser à l'hôpital également, pourrait être effective dans un premier temps pour les prescriptions effectuées en ville, la prise en compte des soins prodigués à l'hôpital nécessitant un plus long délai de mise en œuvre. Encore faudra-t-il s'assurer que l'ensemble des médecins soit équipé des outils de télétransmission adéquats. Il faudra également entourer ce dossier de toutes les garanties nécessaires en termes de confidentialité.

Nous estimons par ailleurs que les professions de santé et les établissements devront prendre toute leur part dans la rationalisation des dépenses.

Premièrement, l'existence d'une **médecine libérale** a des conséquences en termes de dépenses de l'assurance maladie. Nous considérons qu'une réflexion sur ses **modalités de rémunération** s'impose. Certains des membres de la mission se sont montrés favorables à la revalorisation des actes, même si parallèlement la mission dans son ensemble juge que l'idée d'une forfaitisation partielle de la rémunération des médecins ouvre des perspectives intéressantes et doit être étudiée dans le cadre conventionnel. Les membres de la mission appellent justement à une réhabilitation du dispositif conventionnel, qui passe d'abord par l'absence d'intervention « parasite » de l'Etat et est également ouverte à une modulation individuelle des engagements conventionnels. Nous plaillons aussi pour un renforcement du **contrôle médical de l'assurance maladie** fondé sur l'instauration d'une échelle graduée de sanctions, par laquelle nous entendons viser le respect des bonnes pratiques tout en ne souhaitant pas éluder la question du contrôle du caractère raisonnable, en volume, de l'activité.

Deuxièmement, les députés de la mission sont, sur le médicament, favorables à une **plus large utilisation des génériques, voire à leur généralisation**. Les moyens d'action tarifaires étant déjà largement en place, c'est sans doute dans la voie contractuelle de l'incitation à l'utilisation et à la promotion des génériques qu'il convient de s'engager. Nous avons pris acte du fait que, selon l'industrie pharmaceutique, la croissance des dépenses remboursables de médicament devrait tendre vers zéro d'ici deux ans. Nous jugeons primordiale la pleine application des dispositions déjà votées en loi de financement et la publication rapide des décrets permettant leur mise en œuvre chaque fois qu'un brevet tombe dans le domaine public. Au-delà, nous sommes convaincus que la substitution est, avant tout, affaire

de pédagogie. Nous nous sommes en outre accordés sur la nécessité de revoir le **conditionnement des médicaments**.

Troisièmement, nous considérons que la **tarification à l'activité** constitue une ambition majeure et un levier de réforme sans précédent. Consciente des adaptations à intégrer le cas échéant dans la montée en charge de cette réforme à l'hôpital public, la mission se demande si la mise en œuvre de la nouvelle tarification pour les seules activités de médecine, chirurgie et obstétrique ne pourrait pas être accélérée par rapport au calendrier initial.

Nous avons délibérément choisi d'insister d'abord sur **l'implication des professionnels de santé dans la réforme**. L'effort doit être partagé. Les professionnels ne peuvent s'exonérer de celui qui leur incombe.

Les patients non plus. Nous avons évoqué en premier lieu les **mesures de responsabilisation des patients** les plus lourdes. Nous ne sommes pas favorables à la suppression éventuelle du tiers payant dont les effets sont apparus comme limités. De même nous n'avons pas étudié dans toutes ses dimensions la possibilité défendue par certains assureurs complémentaires de définir un panier limitatif de soins remboursables sur le modèle de celui de la CMU complémentaire. En revanche, l'introduction d'un reste à charge systématique, autrement dénommé ticket modérateur d'ordre public, ou d'un mécanisme de franchise annuelle sur les dépenses de soins remboursables a fait l'objet de débats importants, dans son principe comme dans ses modalités. Certains membres de la mission ont insisté sur la nécessité de freiner l'augmentation de la consommation de soins tandis que d'autres se sont dits réticents à toute augmentation de la charge pesant sur les assurés, des objections étant également formulées sur le plan juridique.

Profondément divisés sur ces débats cruciaux, les membres de la mission se sont interrogés sur des mesures de responsabilisation des assurés plus ponctuelles, visant à diminuer les remboursements au patient ou à influencer sur le comportement de celui-ci dans sa demande de soins. Ont ainsi été évoqués une hausse du ticket modérateur sous forme de franchise par boîte de médicament ou par feuille de soins, une franchise sur les affections de longue durée, une hausse du forfait hospitalier, ou des déremboursements de certains actes ou prescriptions. La mission n'a pas trouvé en son sein de consensus sur ce point et n'a pas exclu des effets pervers liés à l'instauration d'une franchise ou d'un ticket modérateur élevé : risque d'un encouragement paradoxal à la consommation de soins du fait de l'instauration d'une franchise que les patients chercheraient à tout prix à dépasser ; éventualité d'un ressaut des admissions en ALD induit par la

hausse du ticket modérateur. Sur ce dernier point, la mission a donc préféré s'en tenir à un renforcement du contrôle qualitatif de l'admission en ALD.

Pour sortir du piège de la responsabilisation stigmatisante, une série de propositions ont émergé tendant à lier directement le comportement « vertueux » d'un patient et son niveau de remboursement : modulation du taux de remboursement selon que le patient aurait préalablement suivi ou non une campagne de prévention primaire ou de dépistage, ou aurait eu recours à un médecin référent comme « porte d'entrée » dans le système de soins. **Quelle que soit sa dénomination, la généralisation d'un médecin « pivot »** semble une piste de réforme unanimement approuvée. Une autre solution évoquée par certains consisterait à promouvoir l'automédication : la mission recommande cependant de ne l'explorer qu'avec une extrême prudence.

Au terme de cet inventaire des mesures de maîtrise des dépenses, nous tenons à rappeler trois données essentielles : l'impression – fausse – qu'ont nos concitoyens de payer davantage pour une couverture maladie qui se dégrade ; l'existence actuelle d'un reste à charge supporté par les assurés au titre de leur régime obligatoire de base, à hauteur de 300 euros environ par individu en 2000, dont plus de la moitié (178 euros) constituée du ticket modérateur et du forfait hospitalier ; le fait que, même s'il est démontré que l'augmentation du reste à charge des assurés conduit à une diminution de sa consommation de soins, une telle évolution n'est peut-être souhaitable ni en termes économiques, ni en termes sanitaires. Ces éléments font que les membres de la mission souhaitent mettre l'accent, d'une part, sur l'aspect incitatif de la responsabilisation, et d'autre part, sur l'accompagnement des efforts demandés aux assurés les plus modestes.

Nous nous sommes également montrés particulièrement préoccupés par les moyens de supprimer l'effet de seuil de la CMU complémentaire qui prive à l'heure actuelle un nombre non négligeable de foyers d'assurance maladie complémentaire. Une mesure a retenu toute notre attention : le crédit d'impôt ciblé sur l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire.

En matière de **recettes**, nous avons examiné l'ensemble des pistes envisageables, des plus classiques aux plus innovantes.

Des divergences se sont exprimées de façon nette sur tous les sujets, faisant d'ailleurs écho à la diversité des positions des partenaires sociaux entendus. Elles portent notamment sur l'importance de ce volet au sein de la réforme : prioritaire pour certains, subordonné pour la majorité de ses membres à l'objectif prioritaire d'une dépense rendue plus efficiente par

la nouvelle gouvernance et mieux maîtrisée. Le calendrier d'une éventuelle hausse des prélèvements a été discuté de même que le choix de la recette pour dégager d'éventuels moyens supplémentaires.

Premièrement, la piste de la **hausse ou/et de la prolongation de la CRDS** a suscité des interrogations. Les membres de la mission sont très partagés sur une éventuelle prolongation, nombre d'entre eux n'estimant pas « moral » de repousser ainsi la charge des déficits actuels sur d'autres générations. Toutefois, si certaines voix ont catégoriquement rejeté cette option, d'autres – tout en admettant ses inconvénients – y ont vu une mesure nécessaire pour résorber le déficit. Sauf exception, les membres de la mission ne se sont pas clairement prononcés pour une augmentation du taux de la CRDS compte tenu de son impact sur le pouvoir d'achat des Français.

Deuxièmement, la modification de la **CSG** ne constitue pas pour les membres de la mission une solution envisageable d'emblée. Si certains d'entre nous ont motivé leur refus d'une hausse de son taux par une hostilité de principe, la mission s'est unanimement préoccupée de ses conséquences en termes de pouvoir d'achat et aucune voix ne s'est exprimée en faveur d'une augmentation immédiate du taux. La modification de la répartition de la charge entre les catégories de cotisants a été longuement débattue : si la piste d'une CSG progressive a été rapidement écartée, le jugement de la mission est plus partagé sur un éventuel rapprochement des taux de CSG pesant respectivement sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement. Deux positions principales ont été défendues : l'une consiste en un refus catégorique de la mesure, fondé notamment sur la perte de pouvoir d'achat qu'elle induirait sur des catégories fragiles ou aux revenus sinon modestes du moins limités dans leur progression⁷¹ ; l'autre envisage un tel alignement progressivement et parallèlement à la mise en œuvre de la maîtrise des dépenses, dans un souci d'égalité. Certains ont évoqué, en complément de cette dernière position, la possibilité d'un traitement différencié qui ne serait plus lié à la situation de la personne (en activité, chômeur ou retraité) mais à ses revenus (franchise de CSG sur les 750 premiers euros ou exonération des revenus non imposables).

Troisièmement, la réforme des **cotisations sociales patronales** a été évoquée mais ne recueille pas un assentiment majoritaire. Les craintes exprimées qu'une hausse de leur taux pèse sur les salaires – l'employeur intégrant ces cotisations dans le coût salarial – et qu'elle pénalise la compétitivité et donc l'emploi font qu'aucun membre de la mission n'a

⁷¹ Certains membres ont en particulier relevé que le pouvoir d'achat des retraités était désormais bloqué du fait de l'indexation des retraites et pensions sur l'évolution des prix consacrée par la loi du 21 août 2003.

défendu cette piste⁷². La réflexion a également porté sur l'éventuelle modification de l'assiette des cotisations patronales. Son élargissement à tout ou partie de la valeur ajoutée divise les partenaires sociaux et n'a pas majoritairement convaincu les membres de la mission. Si certains d'entre eux ont été séduits par la simplicité théorique du dispositif, seuls quelques-uns ont été convaincus de la possibilité de le mettre en œuvre sans désorganiser l'appareil productif et de son apport réel au financement de l'assurance maladie.

Quatrièmement, les membres de la mission se sont majoritairement exprimés contre certaines solutions concourant à la création de nouveaux prélèvements : ils ont ainsi rejeté l'idée d'une « **TVA sociale** », essentiellement en raison de son caractère inégalitaire ; nous n'avons pas non plus retenu l'idée d'un fonds de garantie des dettes sociales patronales, ainsi, semble-t-il, que l'idée d'une taxation accrue de l'épargne salariale.

Enfin, la majorité de la mission a accueilli favorablement des pistes de recettes clarifiant le financement : se prononçant de manière importante pour la **compensation intégrale par l'Etat des exonérations de cotisations sociales** et l'affectation d'une part supplémentaire à l'assurance maladie des **droits sur les tabacs et les alcools**. La mission observe que celle-ci contribuerait à la compensation des exonérations précédemment évoquée, permettrait de dégager des moyens supplémentaires en faveur de l'assurance maladie et, enfin, serait légitime au vu des objectifs de santé publique poursuivis par ces droits et du coût pour l'assurance maladie de la consommation de ces produits. Une hausse de la contribution sociale sur les bénéfiques des sociétés a été également évoquée.

Tous, nous appelons de nos vœux, non pas un énième plan de sauvetage qui prépare le suivant, mais une réforme d'envergure. Nous espérons avoir contribué, par nos prises de position convergentes ou divergentes, à éclairer les choix que la représentation nationale devra effectuer dans les prochaines semaines. Il y va de la sauvegarde d'un pan essentiel de notre pacte social, hérité de la Libération.

⁷² Il convient de distinguer la hausse du taux de la politique d'exonération de cotisations que certains membres souhaitent remettre en question.

EXAMEN DU RAPPORT



La Mission a examiné le présent rapport au cours de sa séance du mercredi 26 mai 2004 et l'a adopté.

Elle a ensuite autorisé sa publication, conformément aux dispositions de l'article 145 du Règlement de l'Assemblée nationale.



CONTRIBUTIONS

**CONTRIBUTION DES MEMBRES DE LA MISSION
APPARTENANT AU GROUPE UMP⁷³**

Les membres UMP de la mission déclarent tout d'abord que leur objectif est celui de la meilleure santé pour tous.

Notre système d'assurance maladie, voulu et mis en place par le Général de Gaulle, constitue depuis 1945 un modèle qui nous est envié, auquel les Français sont légitimement très attachés et qui traduit l'expression la plus aboutie de la solidarité face aux aléas de la santé.

Parce qu'elle constitue l'un des piliers de notre pacte social, les députés UMP de la mission partagent avec le gouvernement la volonté de préserver cette conquête sociale majeure.

Chacun est désormais conscient que la sauvegarde de ce système doit passer par une réforme des structures mais aussi des comportements qui ne s'apparente pas un « nième » plan de sauvetage, mais qui repose sur un diagnostic partagé, une volonté politique affirmée, une réelle pédagogie et des perspectives d'avenir clairement définies.

Pour qu'elle réussisse, cette réforme doit être juste et bien comprise afin d'entraîner l'adhésion de tous les acteurs de la santé : assurés, patients, professionnels, partenaires sociaux.

Il ne s'agit ni de contraindre ni de stigmatiser mais de responsabiliser à tous les niveaux.

Les membres UMP de la mission regrettent qu'en dépit de la croissance économique des dernières années, la situation de la sécurité sociale n'ait pas été assainie par le précédent gouvernement. Au contraire, constat a été fait que la gestion socialiste s'est caractérisée par une formidable complexification des relations entre les finances de l'Etat et celles de la protection sociale, avec un enchevêtrement des « tuyaux » de financement qu'il a fallu « détricoter », et une mise à mal du paritarisme qu'il nous faut aujourd'hui reconstruire sur des bases de confiance

⁷³ M. Philippe Auberger, Mme Maryvonne Briot, MM. Yves Bur, Paul-Henri Cugnenc, Jacques Domergue, Jean-Pierre Door, Jean-Michel Dubernard, Gérard Dubrac, Mme Cécile Gallez, MM. Edouard Landrain, Richard Mallié, Hervé Mariton, Pierre Méhaignerie, Pierre Morange, Jean-Marie Rolland, Jean-Sébastien Vialatte, Philippe Vitel.

retrouvée, dans un contexte aggravé par les conséquences des 35 heures dont le financement a détourné une part importante des recettes de l'assurance maladie.

UNE ADHESION AU CONSTAT

Les membres UMP de la mission partagent l'analyse qui a été rendue publique par le Haut Conseil de l'assurance maladie mis en place à l'automne dernier et se félicitent du diagnostic clair et partagé qui a été établi. Ils tiennent à souligner que ce rapport, adopté à l'unanimité de ses membres, a largement contribué à la pédagogie de la réforme.

Les difficultés financières actuelles qui se traduisent par un grave déficit structurel, ne peuvent que s'accroître sous le double effet de l'allongement de la durée de la vie et de certains progrès médicaux. Reporter encore la modernisation de notre système de santé et d'assurance maladie conduirait immanquablement à l'implosion du modèle français et à un bouleversement profond de notre système de soins.

Ils rappellent leur attachement aux principes fondamentaux sur lesquels repose notre système d'assurance maladie :

– **la solidarité** : l'assurance maladie doit demeurer obligatoire et universelle pour garantir à tous une couverture indépendante de l'âge, des revenus ou de l'état de santé. Il importe de maintenir le principe selon lequel chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

– **la qualité des soins** doit être privilégiée et en constante amélioration. Il nous faut dépenser mieux pour d'abord mieux prévenir et toujours mieux soigner.

– **l'égalité d'accès à des soins** de qualité doit être assurée à tous, en tout lieu du territoire national et indépendamment du niveau de revenus.

Le respect de ces principes implique le maintien d'un système original qui refuse toute forme de privatisation de l'assurance maladie, mais aussi toute étatisation.

Il implique également une volonté politique forte pour introduire la responsabilité à tous les niveaux. En l'absence de toute régulation, notre système de soins est menacé.

L'objectif auquel nous tendons est celui d'un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale d'ici la fin de la législature.

Cette responsabilité concerne :

- L'Etat et le Parlement ;
- Les partenaires sociaux ;
- L'ensemble des professionnels de la santé, dont l'adhésion à la réforme est essentielle ;
- Les assurés en tant qu'usagers du système de soins, qui participeront à la sauvegarde du système par un changement de comportement.

UNE NOUVELLE ARCHITECTURE

Ainsi que l'a indiqué le Haut Conseil de l'assurance maladie, il convient de clarifier les responsabilités de gestion et d'installer un véritable pilotage du système de santé et d'assurance maladie : Il s'agit de rénover « la gouvernance ».

Cette gouvernance modernisée doit permettre de changer les comportements de tous les acteurs, gestionnaires des régimes de base et complémentaires, professionnels de santé, industrie du médicament, établissements de soins et usagers, afin d'optimiser les moyens collectifs alloués au système de soins. Cela implique une évolution profonde des pratiques qui doit mobiliser l'ensemble des professionnels, tant à l'hôpital qu'en médecine de ville.

Déjà la Cour des Comptes, dans ses rapports successifs, avait souligné l'échec des différentes politiques menées en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie et notamment des mécanismes essentiellement comptables. Elle avait par ailleurs relevé l'inefficacité des instruments mis en œuvre tant pour structurer et organiser l'offre de soins que pour rationaliser les comportements des professionnels de santé et des patients, faute d'un véritable pilotage.

I.— Les députés UMP de la mission réaffirment tout d’abord que **c’est à l’Etat qu’il revient de fixer les grandes orientations** et de garantir les principes fondamentaux de notre système de soins et d’assurance maladie **et au Parlement de voter les engagements** annuels et pluriannuels d’équilibre des comptes sanitaires et sociaux.

En cela, ils soutiennent l’évolution du cadre institutionnel fixé en 1996.

Ils souhaitent que le pilotage soit confié à un système de gestion fort, ayant les moyens de sa mission.

II.— Ils préconisent la **création d’un Conseil national de santé (CNS)**. Celui-ci aurait pour mission de conduire les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé.

Sur la base des avis de la Haute Autorité de santé, le CNS fixerait le périmètre des soins remboursables, les règles de bonnes pratiques et celles de la coordination entre les soins de ville et l’hôpital.

L’Etat resterait garant des principes fondamentaux de notre système de santé et de ses objectifs de santé publique.

Le CNS serait composé de l’Union nationale des caisses d’assurance maladie formée des caisses des 3 principaux régimes de base (CNAMTS, MSA, CANAM) **et d’un Comité national d’hospitalisation** chargé de développer le partenariat entre les caisses et l’hospitalisation publique et privée. Les relations entre ces 2 entités reposeraient sur la contractualisation.

Cette instance serait dirigée par un conseil d’orientation issue des 3 régimes et par un directeur, nommé en conseil des ministres.

Le Conseil national de santé solliciterait, pour toute question relative à la gestion de l’assurance maladie et au fonctionnement du système de santé et de soins, les avis de la Conférence nationale de santé dans laquelle seraient représentés les associations représentatives des assurés et usagers, des personnes handicapées, des familles, des retraités, des professionnels de santé.

Il bénéficierait de l’expertise d’une **Haute Autorité de santé** en matière d’évaluation des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Cette structure, ayant statut d’autorité administrative

indépendante, serait compétente pour proposer aux gestionnaires de l'assurance maladie, ce qui doit être admis ou non au remboursement par l'assurance maladie.

Il s'appuierait sur le comité économique des produits de santé qui joue un rôle clé dans la fixation des prix du médicament et des tarifs de remboursement. Son président, nommé par l'Etat, aurait une voix prépondérante.

Les membres UMP de la mission sont particulièrement attachés à la définition d'une politique industrielle des biens et matériels de santé, au maintien de la compétitivité de notre pays dans ce domaine créateur d'emplois et à la défense de son savoir faire.

Le CNS consulterait, dans l'exercice de ses compétences, une **Union nationale des complémentaires** (mutualité, institutions de prévoyance et d'assurances).

Un **Comité d'alerte des finances** suivrait mensuellement l'évolution des dépenses remboursées.

Enfin, un **Institut des données de santé** devrait contribuer au partage d'informations entre tous les acteurs du système de santé et d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, en centralisant l'ensemble des données disponibles sur les pathologies et les soins, produites par les différents partenaires.

III.– Des Agences régionales de santé constitueraient l'échelon décentralisé du Conseil National de santé. Leurs directeurs seraient en effet nommés par le Directeur du CNS.

Ces agences seraient responsables de la répartition des dotations, de la définition des SROSS (médecine de ville / hôpital), de la politique hospitalière régionale publique et privée, de la gestion de la démographie médicale régionale avec, par exemple, des adaptations régionales aux conventions passées avec les professionnels de santé.

Elles seraient composées par les URCAM, les ARH et le GRSP (groupement régional de santé publique). Les relations entre ces entités relèveraient de la contractualisation.

La conférence régionale de santé, dont la composition sera fixée par la future loi relative à la politique de santé publique, serait amenée à

émettre des avis auprès du directeur de l'ARS, pour toute question relative à la gestion du système de soins et de santé au niveau régional.

Une **Union régionale des complémentaires** serait consultée par l'ARS dans le domaine de ses compétences régionales.

UNE OPTIMISATION DES DEPENSES

La réforme de la gouvernance est une condition indispensable à la mise en œuvre de la politique d'optimisation des dépenses d'assurance maladie. En effet, l'accroissement de la longévité ainsi que certains progrès médicaux tendent à accroître le coût des dépenses de santé dans tous les pays occidentaux, rendant nécessaire des adaptations et des choix permanents afin de conserver à notre système d'assurance maladie ses qualités et d'en préserver sa pérennité.

Aussi, cette optimisation des dépenses est indispensable tant a été patent l'échec de leur maîtrise comptable. Elle doit s'entendre comme une modification profonde des comportements de tous les acteurs du système.

Dans un esprit d'équité, elle devrait aussi tenir compte des assurés qui n'ont pas accès à une complémentaire santé, sous la forme d'une aide personnalisée qui réduirait progressivement cette inégalité.

Pour les professionnels de santé, elle passe par la formation médicale continue obligatoire, l'évaluation individuelle, le développement d'outils tels que les référentiels médicaux opposables et les protocoles de soins.

De même, la régulation serait obtenue grâce à une meilleure coordination des soins, en particulier par le biais du développement des réseaux : réseaux par pathologie, articulation ville hôpital, de HAD (hospitalisation à domicile...) et par la mise en œuvre du dossier médical partagé.

Le développement des actions de prévention, tel que prévu dans la future loi relative à la politique de santé publique, contribuera également à l'amélioration de la qualité des soins et à l'optimisation des dépenses.

D'une manière générale, les membres UMP de la mission considèrent que la qualité est un élément essentiel de la régulation.

Promouvoir la qualité à plus de sens et plus d'efficacité que sanctionner la non qualité.

Partisans du maintien du paiement à l'acte, les membres UMP de la mission estiment qu'à titre complémentaire, une rémunération forfaitaire des professionnels de santé pourrait être envisagée sous certaines conditions et pour certaines missions (prévention, permanence des soins, réseaux, ...).

Toutefois, la rémunération globale des professionnels de santé doit être maintenue en favorisant la qualité des soins et en s'appuyant sur la nouvelle classification commune des actes médicaux (Ccam). Celle-ci doit intégrer la revalorisation de certains actes médicaux et l'évolution de leur coût.

Ils estiment qu'il faudra poursuivre le débat sur la redéfinition des différentes compétences des professions de santé, préconisée par le rapport Berland.

Renforcer la permanence des soins est une nécessité comme le développement de mesures incitatives pour l'installation en zone sous médicalisée afin de lutter contre les problèmes de désertification médicale. Il serait nécessaire en outre, d'ouvrir des possibilités d'aider au regroupement des professionnels de santé.

De même, un rééquilibrage entre les différentes spécialités est nécessaire pour faire face à la pénurie dans certaines disciplines (obstétrique, chirurgie, anesthésie...) par l'institution de filières après le concours de l'Internat.

Les dépenses d'assurance maladie relèvent pour moitié de l'hospitalisation. Il existe là une source significative d'amélioration de la qualité des soins et d'optimisation des dépenses. Une meilleure gestion des ressources humaines et de la politique d'achat est nécessaire.

Par ailleurs, il est indispensable que la mise en œuvre du plan « Hôpital 2007 », c'est-à-dire plus de 10 milliards d'euros investis dans le patrimoine immobilier hospitaliers et les équipements, s'accompagne d'une réorganisation et d'une rationalisation de la gestion interne des hôpitaux, fortement déstabilisée par la mise en place, sans aucune anticipation, des 35 heures, mais aussi d'une poursuite de la mise en œuvre de la tarification à l'activité et d'un renforcement de la coopération entre les secteurs public et privé.

Dans le domaine du médicament, le développement des génériques doit être poursuivi et le droit de substitution des pharmaciens renforcé.

Ceux-ci pourraient voir développer leur rôle de conseil en santé publique et en matière d'automédication. De même, la mise en réseau des officines réduirait les risques iatrogènes des prescriptions multiples. Enfin, le conditionnement des médicaments pourrait être amélioré pour être mieux adapté aux prescriptions.

Le parcours du patient doit être simplifié et coordonné. La modification des comportements passe par la mise en œuvre le plus rapidement possible du dossier médical partagé.

Ce dossier en ligne sera accessible de façon confidentielle et sécurisée, par les professionnels de santé, dans le cadre de leurs missions de prévention et de soins, après autorisation du patient.

En matière de contrôle, les membres UMP de la mission souhaitent la revalorisation du rôle des médecins conseils de l'assurance maladie dans l'évaluation et le contrôle en matière d'IJ (indemnités journalières), d'ALD (affections de longue durée), de transport et de bon usage des médicaments, en partenariat avec les futures unions régionales des professionnels de santé dont ils appellent la constitution de leurs vœux.

De cette optimisation des dépenses, issue du changement du comportement des cotisants, patients, professionnels de santé et assureurs, devrait résulter une amélioration de la qualité des soins et des économies substantielles qui permettront, de concert avec la gouvernance, une évolution favorable de notre système d'assurance maladie.

UNE RESPONSABILISATION DE TOUS LES ACTEURS

Les membres UMP de la mission estiment que les efforts qui sont demandés pour une meilleure gestion du système de soins, doivent être équitablement répartis.

L'assurance maladie est l'affaire de tous et la responsabilisation de chacun doit modifier les comportements. La généralisation du tiers payant a développé un sentiment d'apparente gratuité du système de soin. Pour remédier à cette situation, les députés UMP membres de la mission croient en la valeur pédagogique d'une participation modérée des patients.

Une participation modérée des patients : une participation financière modeste non remboursable serait demandée pour chaque consultation.

Une participation des professionnels de santé : celle-ci passe par l'adoption de référentiels individuellement opposables, de l'application des bonnes pratiques, du développement des réseaux, de l'utilisation du dossier médical partagé.....

Une participation des seuls retraités imposables : la CSG pourrait être relevée de 0,4 % pour les retraités imposables.

Une participation sur les revenus du patrimoine, du capital et des jeux : celle-ci passerait par le biais de la CSG.

Une participation des entreprises : les députés UMP membres de la mission ne veulent pénaliser ni la croissance, ni l'emploi. Pour autant, les entreprises dont le chiffre d'affaire est supérieur à 750 000 euros pourraient participer à l'effort collectif par un relèvement mesuré de la C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés).

Ils sont partisans de la recherche d'une assiette de prélèvements la plus favorable à l'emploi en France.

Une participation de l'Etat : l'Etat participera à l'effort demandé par un transfert d'1 milliard d'euros de charges indues supportées par l'assurance maladie.

La poursuite du transfert des droits sur le tabac : les membres UMP de la mission souhaitent, dans le cadre d'une logique de santé publique, que ces transferts vers le budget de la sécurité sociale soient poursuivis progressivement.

Enfin, le déficit cumulé des comptes sociaux, lié à l'absence de réforme structurelle, justifie aux yeux des membres UMP de la mission, **l'étalement de la dette sociale**, afin de ne pas pénaliser le retour à la croissance et à l'emploi.

Comme tous les grands pays de l'Union européenne confrontés aux mêmes défis de financement de leurs systèmes de santé, les membres UMP de la mission proposent des solutions courageuses permettant le retour à l'équilibre des comptes sociaux à l'horizon 2007, conciliant qualité des soins, responsabilité de tous les acteurs et respect du principe de solidarité.

**CONTRIBUTION DES MEMBRES DE LA MISSION
APPARTENANT AU GROUPE SOCIALISTE⁷⁴**

**MODERNISER NOTRE SYSTEME DE SANTE POUR GARANTIR
UN ACCES UNIVERSEL ET SOLIDAIRE A DES SOINS DE QUALITE**

SOMMAIRE

I. Les principes d'une politique de santé ambitieuse

1– Lutter contre les inégalités devant la santé

2– Améliorer la qualité des soins dans notre pays

3– Assurer la solidarité du financement

4– Clarifier les responsabilités des gestionnaires du système de santé

II. Le projet de la droite : une médecine à deux vitesses

III. Moderniser notre système de santé pour garantir un accès universel et solidaire à des soins de qualité

1– Un système de soins centré sur la santé publique et la prévention

✓ La santé doit être au cœur de toute action publique

✓ Lutter contre les comportements à risque

✓ Pour un service public de la santé au travail

✓ Education à la santé pour tous

✓ Une véritable politique de santé environnementale

⁷⁴ MM. Gérard Bapt, Alain Claeys, Claude Evin, Mmes Catherine Génisson, Elisabeth.Guigou, Paulette Guincharde-Kunstler, MM. Jean-Marie Le Guen, Alain Vidalies.

✓ Rééquilibrer les soins et la prévention pour une santé de qualité

✓ Lutter contre la surconsommation de médicaments

✓ Mettre en place un dossier de santé

2– Mettre le malade au cœur du système de soins et redonner confiance aux professionnels de santé en ville et à l'hôpital

✓ Soigner au plus près des attentes des Français

✓ Un grand plan emploi-revalorisation-qualification

3– Pour une meilleure qualité des soins, la priorité doit être donnée à l'hôpital public, aux médecins traitants et aux réseaux

✓ L'hôpital public doit être à la fois le premier acteur et le premier bénéficiaire d'une politique de solidarité

✓ Le rôle pivot du médecin traitant

✓ Les réseaux, une chance pour une meilleure organisation du système de soins

✓ Une politique de prise en charge globale de la dépendance des personnes handicapées et/ou âgées

L'accès aux soins de qualité pour tous et sur tout le territoire est un droit fondamental, un élément essentiel de notre pacte social.

Tous les Français expriment légitimement des aspirations fortes en matière de santé. Elles sont fondées sur leur volonté de « vivre mieux », de mieux comprendre et de mieux maîtriser leur état de santé.

Il est indispensable aujourd'hui de mener à bien une réforme d'ensemble de notre système de santé portant d'abord sur l'organisation et la qualité de l'offre de soins. Le gouvernement se contente de proposer un schéma de gouvernance du système de santé, d'annoncer la création d'une franchise sur les consultations médicales et des déremboursements, de

proposer l'allongement de la CRDS. Ces réponses ne sont pas à la hauteur des enjeux. Pis encore, elles frappent durement les assurés sociaux et notamment les plus modestes, et en introduisant la liberté tarifaire, elles ouvrent la voie à une médecine à deux vitesses.

Nous devons relever un défi majeur : celui d'une réforme globale et structurelle de l'offre de soins dans notre pays. Les objectifs à atteindre sont, dans le respect des principes fondateurs de 1945 : l'accès pour chacun à des soins de qualité, un haut niveau de prise en charge des dépenses de santé, un financement pérenne et solidaire.

La santé doit être, au même titre que l'éducation, une priorité de l'action publique. L'allongement de la durée de la vie, la mise au point de thérapies nouvelles, entraînent une croissance des dépenses de santé. Notre société doit faire face à cette évolution avec l'objectif de mieux répondre aux attentes et aux besoins de la population et des professionnels de santé, avec l'ambition de garantir à chacun le même droit à la santé.

Oui, les dépenses augmentent, mais l'allongement de la durée de la vie et l'alourdissement des techniques médicales ne sont pas pour rien dans cette augmentation. La France ne dispose donc pas d'un système coûteux, eu égard aux objectifs de santé et compte tenu de ses bonnes performances ; l'OMS a d'ailleurs consacré notre système de santé comme le meilleur au monde en 2000. Il est normal que les sociétés développées consacrent davantage de ressources à leur santé. La contrepartie d'une telle évolution passe par la responsabilité et la citoyenneté de tous.

Le système solidaire de prise en charge des dépenses de santé doit être maintenu et renforcé. Il doit être adapté pour faire face à la croissance des dépenses de santé. Il s'agit d'un défi majeur qui renvoie à la question du niveau de dépenses que la collectivité est prête à assumer pour la santé de chacun. Cela passe aussi par une politique économique de soutien à l'emploi, sans laquelle le financement de la protection sociale ne peut être assuré dans la durée.

La réforme que nous proposons doit s'intégrer dans un cadre pluriannuel sur trois ans, où doivent être mis en parallèle les objectifs d'amélioration de la qualité et de l'égalité des soins et les moyens de financement nécessaires pour y parvenir.

Une politique de santé ambitieuse est au fondement du projet de société que nous voulons défendre.

I. LES PRINCIPES D'UNE POLITIQUE DE SANTE AMBITIEUSE

La mauvaise gestion du gouvernement ne condamne pas le système de santé et d'assurance maladie. Les Français sont attachés à notre système de soins et ils ont confiance dans l'hôpital et dans les professionnels de santé.

Depuis 60 ans, le système d'assurance maladie a fortement contribué à développer l'accès aux soins. L'état de santé des Français s'est globalement amélioré. Les dernières décennies du XX^{ème} siècle ont connu des progrès médicaux spectaculaires. L'allongement de la durée de la vie, l'éradication de certaines maladies, le combat contre la douleur, l'espoir des thérapies géniques constituent autant de progrès qui symbolisent une amélioration de la santé de chacun.

Ces évolutions n'auraient, cependant, pas eu le même effet sur la santé des Français sans que l'amélioration de la qualité de l'offre de soins soit adossée à un bon niveau de remboursement des dépenses par la collectivité.

Pourtant des disparités dans l'accès aux soins subsistent dans notre pays. Si l'espérance de vie y est l'une des plus élevées du monde, la France est un des pays d'Europe où les inégalités devant la mort sont les plus importantes. Les cadres et les professions libérales ont ainsi une espérance de vie plus élevée que les ouvriers. Ces inégalités sociales sont accentuées par des inégalités géographiques tout aussi marquées. La mortalité n'est pas la même dans toutes les régions.

Par ailleurs, la répartition de l'offre de soins est très inégalitaire sur l'ensemble du territoire. Elle traduit une évolution inquiétante, significative d'une forme de démotivation et d'insatisfaction des professionnels de santé, qui dépasse largement la question de leurs revenus.

Parallèlement, les Français s'interrogent sur la qualité des soins, sur la place des usagers et du malade dans le système de santé, sur la place de la prévention. Depuis quelques années, chacun comprend mieux l'importance décisive des comportements sur les dépenses de santé et chacun mesure aussi que le soin a été privilégié par rapport à la prévention.

Personne ne conteste la nécessité de réformer le système, mais à condition que les efforts soient équitablement partagés et avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins et la prise en charge.

Ceci suppose de mettre un terme à l'éclatement des structures et des responsabilités. Aujourd'hui, l'hôpital est géré par les agences régionales d'hospitalisation, la médecine de ville par l'URCAM, la santé

publique par le Préfet, le médico-social par les départements. **Il est indispensable de mettre en œuvre un pilotage d'ensemble du système de santé.** C'est la condition essentielle d'un meilleur suivi des patients et de l'amélioration de la qualité des soins.

La réforme que nous proposons doit permettre de lutter contre les inégalités devant la santé (1) d'améliorer la qualité des soins dans notre pays (2) et de clarifier les responsabilités des gestionnaires du système de santé (3) et d'assurer un financement pérenne et solidaire (4).

1– Lutter contre les inégalités devant la santé

Les inégalités des Français devant la santé persistent, sans doute parce qu'en la matière une bonne couverture sociale ne suffit pas. Il faut agir aussi en amont de l'apparition de la maladie. Il faut faire évoluer les comportements qui augmentent le risque. Il s'agit le plus souvent de comportements qui ne doivent rien aux choix individuels mais résultent de pressions commerciales, environnementales et sociales.

Les politiques de santé publique sont d'abord justifiées par la volonté de lutter contre les inégalités. Alcool, tabac, obésité, accidents du travail et maladies professionnelles touchent d'abord les plus défavorisés et expliquent en grande partie les inégalités devant la maladie.

Ce souci d'égalité devant la santé doit faire privilégier les politiques favorisant l'accès précoce aux soins. De ce point de vue, on ne peut accepter la séparation entre les gros risques et les petits risques. La nature de la consommation médicale varie en effet beaucoup selon les catégories sociales.

En outre, le principe d'égalité impose une meilleure répartition de l'offre de soins sur tout le territoire.

Ainsi, la lutte pour l'égalité devant la santé n'est possible qu'en recherchant une plus grande efficacité de notre système.

2– Améliorer la qualité des soins dans notre pays

Le principe de qualité, c'est-à-dire recevoir en temps utile les soins les plus adaptés en fonction de l'état de la connaissance, de la situation et de l'attente du malade, n'est pas seulement un objectif souhaitable. C'est le moteur de la réforme autour duquel tous les acteurs du système doivent se rassembler.

Il permet à chacun de mesurer les efforts accomplis et ceux qui restent à mener. **Il s'oppose tout autant aux logiques de rationnement des soins qu'au conservatisme** des structures et des comportements.

Le principe de qualité exige en priorité **le décloisonnement de notre système** à tous les niveaux de régulation et d'action. La qualité implique aussi que l'on privilégie la coordination des soins et l'utilisation de référentiels reconnus.

Le système de santé français repose sur les valeurs d'humanisme médical et de solidarité. Nous devons les renforcer et les adapter aux exigences nouvelles des Français.

3- Assurer la solidarité du financement

Les dépenses de santé évoluent aujourd'hui plus vite que la richesse nationale. Ce phénomène résulte de la combinaison de nombreux facteurs.

Il ne saurait être pour autant question de renoncer à toute maîtrise médicalisée qui commence par une meilleure organisation du système de soins. La recherche de la qualité qui doit primer dans cette réorganisation y contribuera.

L'effort doit être partagé. La décision du gouvernement de prolonger la CRDS est inadmissible. Elle ne fait que reporter la charge de la dette sur les générations futures. Le système de financement doit être durable pour garantir un bon niveau de soin et de confort pour tous, pour faire face à l'allongement de la durée de la vie. Il ne peut pas être un frein à la politique de l'emploi.

La CSG doit rester le socle financier d'un système d'assurance maladie solidaire, car elle est payée par tous les Français et porte sur l'ensemble des revenus. La part de la CSG affectée à l'assurance maladie pourrait être identifiée de façon spécifique, sous le nom de contribution santé universelle.

En substitution aux cotisations patronales perçues sur les salaires, nous proposons une cotisation assise sur la richesse produite, modulée en fonction de l'engagement des entreprises pour l'emploi. D'ores et déjà, il est possible de doubler la contribution sociale sur les bénéficiaires et de l'affecter en totalité à l'assurance-maladie.

Pour faire face à la situation d'urgence auquel notre système d'assurance maladie est confronté en raison la politique de fuite en avant menée depuis deux ans, il est nécessaire d'affecter au budget de la sécurité sociale un certain nombre de contributions qui par nature relèvent de la politique de santé et qui doivent donc lui revenir.

Les droits sur le tabac et sur l'alcool et la taxe sur les conventions d'assurance, réaffectés depuis la suppression du FOREC au budget de l'Etat, doivent être logiquement **reversés à la sécurité sociale**. Ils représentent un rendement annuel de plus de 15 milliards d'euros, de nature à apurer la dette sociale et à financer les besoins nouveaux à court et à moyen terme.

Le budget de la sécurité sociale ne doit pas être utilisé pour compenser notamment les baisses d'impôt sur le revenu et la multiplication des niches fiscales accordées depuis deux ans par le gouvernement pour un montant de 6 milliards d'euros.

Enfin, il est indispensable, dans le cadre du débat sur les priorités que les Français souhaitent définir en matière de santé, de traiter les questions de financement dans un cadre pluriannuel.

4- Clarifier les responsabilités des gestionnaires du système de santé

Le schéma de gouvernance de l'assurance maladie n'est qu'une conséquence de la réforme de l'offre de soins et non l'inverse, comme cherche à le faire croire le gouvernement.

Ce schéma doit en tous les cas respecter trois grands principes :

– L'Etat est le responsable de l'organisation du système de soins, de la définition de la politique de santé et des conditions de l'équilibre des comptes.

– L'ensemble des acteurs doit être associé à la gestion du système : nous réaffirmons la nécessité de faire vivre une véritable démocratie sociale.

– Les caisses d'assurance maladie doivent être maintenues. Leur rôle sera réaffirmé notamment sur le suivi des assurés.

L'organisation du système d'assurance maladie relève d'une discussion entre l'Etat, les partenaires sociaux et les organismes

complémentaires, où sont clairement affirmées les compétences de chacun, dans le cadre d'une démocratie participative renouvelée.

La réforme de l'organisation et de l'offre de soins implique bien évidemment de définir un nouveau schéma de gestion du système de santé. Le décloisonnement de toutes les structures d'offre de soins implique que le périmètre de l'assurance maladie soit élargi à toutes les dépenses de santé et notamment toutes celles qui aujourd'hui ne sont pas dans son champ de compétence comme c'est le cas pour l'hôpital.

La définition du périmètre des soins doit rester de la responsabilité de l'Etat. Cependant, gérer la politique de santé ne peut pas faire l'impasse sur une évaluation fréquente des thérapeutiques pour apporter le meilleur soin. Il est indispensable de mettre en place une agence scientifique indépendante qui apporte des informations au gouvernement, au Parlement et aux caisses sur le bon usage et l'utilité des thérapeutiques.

La décision doit rester entre les mains de l'Etat pour que des considérations sociales soient prises en compte en complément des considérations scientifiques. Cette agence aura pour mission d'éclairer les choix du Parlement. La motivation des choix dans l'allocation des ressources devra être clairement explicitée. L'expertise, mais aussi l'information et la formation dont bénéficient tous les acteurs doivent être à l'abri des pressions et donc bénéficier pour l'essentiel d'un financement public.

Un pilotage d'ensemble du système de l'offre de soins est indispensable et peut être décliné au niveau régional pour assurer une cohérence entre les différents secteurs qui interviennent auprès des malades : l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social.

Par ailleurs, la liberté de choix des patients est un principe fondamental qu'il faut conserver. Elle implique pour le patient le choix du praticien comme celle de l'approche médicale. Aujourd'hui la mise en œuvre de ces principes passe par le développement de la logique du **contrat** :

– entre le malade et son médecin, qui s'inscrit dans le respect des principes déontologiques et de la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades.

– entre l'assurance maladie, les pouvoirs publics et les professionnels de santé, pour que soient reconnus leur rôle, leur situation spécifique dans la société, leur qualification et leur responsabilité.

– entre les assurés et l'assurance maladie, pour que soit garanti collectivement un véritable accès individuel et personnalisé aux soins, dans le respect des choix et des responsabilités de chacun.

– entre l'assurance maladie obligatoire et les régimes complémentaires afin de faciliter l'accès aux soins des Français et d'assurer la cohérence de l'offre de soins.

II. LE PROJET DE LA DROITE : UNE MEDECINE A DEUX VITESSES

La politique menée depuis deux ans conduit notre système de santé vers une impasse. L'échec est considérable : recul de l'accès aux soins, blocage de la politique conventionnelle, mécontentement des professionnels de santé, déficits abyssaux, carence de la politique de santé publique, abandon de l'aide aux personnes âgées.

Le gouvernement est responsable de cette dérive. Il a laissé filer les déficits, renoncé à toute politique de soutien de la croissance économique, abandonné toute démarche de maîtrise médicalisée des dépenses, reporté toute réforme de l'organisation de l'offre de soins. Stabilisé au cours de la période 1997-2001, le déficit de l'assurance maladie est en très forte hausse depuis (2 milliards en 2001, 6 milliards en 2002). Il atteint au total plus de 13 milliards d'euros en 2003. Les prévisions pour 2004 font apparaître un déficit de plus de 15 milliards d'euros.

La première mesure par ailleurs, pour maintenir notre système d'assurance maladie réside dans un taux de chômage faible. 100 000 chômeurs de moins, cela induit un apport de 1,5 milliard d'euros dans les caisses de l'assurance maladie. La droite, par son inaction face à la montée du chômage, a fragilisé la sécurité sociale.

En agissant ainsi, le gouvernement a accepté délibérément de mettre en faillite le système de santé et d'assurance maladie pour mieux le démanteler. Aujourd'hui, le ministre de la santé qualifie la situation de désastreuse, et se contente finalement de redéfinir le schéma de gouvernance du système d'assurance maladie. Le Premier ministre propose, quant à lui, de pénaliser les assurés sociaux en reportant la dette sur les générations futures, en mettant en œuvre une franchise sur la consultation médicale et en annonçant de nouveaux déremboursements. **Ces réponses pénalisent les seuls assurés.** Elles constituent des solutions temporaires fragiles et dangereuses pour la solidarité.

Elles correspondent à la démarche, initiée par le Premier ministre de parvenir à « un juste équilibre entre ce qui relève de la solidarité nationale et de la responsabilité personnelle » visant ainsi une large privatisation par le développement de complémentaires santé. Le gouvernement s'inscrit dans une logique qui progressivement tourne le dos aux principes de solidarité nationale au profit d'un système de médecine à deux vitesses.

En renonçant à légiférer par ordonnances, le gouvernement n'a pas pour autant renoncé à remettre en cause le pacte social. Le projet de création d'une caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en témoigne. Avec ce projet, la continuité des soins pour les personnes âgées est rompue, le financement solidaire de la protection sociale est bafoué. Ce texte laisse augurer le triste « retour de bâton » des politiques de déremboursement et des projets de privatisation du risque que le gouvernement conduit et met en avant depuis deux ans.

Le gouvernement adopte une démarche libérale strictement financière, où pour réduire le poids des déficits publics, il propose de transférer le poids des dépenses publiques de santé vers des financements individuels.

III- MODERNISER NOTRE SYSTEME DE SANTE POUR GARANTIR UN ACCES UNIVERSEL ET SOLIDAIRE A DES SOINS DE QUALITE

Moderniser notre système de santé constitue la condition d'une réforme durable de l'assurance maladie. Elle est fondée sur la volonté de renforcer la confiance des Français dans le système de santé et d'assurance maladie.

Notre ambition est de proposer une réforme globale de l'offre de soins afin d'assurer la continuité et la qualité des soins sur tout le territoire. L'évolution des financements est acceptable dès lors qu'elle est affectée à de véritables priorités (politique de prévention, en particulier à l'égard des populations fragilisées) et qu'elle s'accompagne de la remise à plat de l'organisation de notre système de santé.

La réforme de notre système de soins suppose de nouveaux investissements en trois ans. Le coût de l'amélioration de l'offre de soins peut être financé par la baisse de la surconsommation de médicaments et par la réforme de la politique d'achat de médicaments à l'hôpital.

Pour une politique de santé durable, il faut promouvoir la santé publique et la prévention (1), redonner confiance aux professionnels de

santé et aux patients (2) et axer nos priorités sur le médecin traitant, l'hôpital et les réseaux de santé (3).

1– Un système de soins centré sur la santé publique et la prévention

La réorganisation de l'offre de soins doit être plus préventive et plus individualisée, en prenant en compte l'état de santé de la personne et son environnement et, ainsi, **mieux s'inscrire dans une démarche de promotion de la santé.**

Pour sortir l'assurance maladie de l'ornière, il est temps de changer de modèle. Notre système de santé doit maintenant, en même temps qu'il rembourse les dépenses liées à la maladie, prévenir le risque de maladie. Et mettre ces deux objectifs sur un pied d'égalité. Nous croyons, nous savons, qu'il découlera à terme de cette réforme en profondeur, de cette évolution/révolution des économies très importantes. Mais cela nécessite qu'aujourd'hui les choix forts soient faits et les investissements réalisés. Nous savons surtout que nous ne pouvons plus repousser ces choix. Nous ne devons plus transférer sur les générations futures le coût de notre absence d'anticipation en matière de santé. Il s'agit d'un choix de « santé durable ».

C'est ainsi qu'il faut développer en particulier la prévention dans le milieu scolaire et dans le milieu professionnel.

✓ La santé doit être au cœur de toute action publique

Conçue comme une priorité de l'action publique, la santé doit devenir une préoccupation transversale pesant sur l'ensemble des choix publics. Aucune décision en matière de logement, de transport et de grandes infrastructures ne devrait être prise sans que soient évaluées ses conséquences en matière de santé.

✓ Lutter contre les comportements à risque

Le combat contre les comportements à risque doit être au cœur de la responsabilité de l'Etat alors que notre pays a un taux important de mortalité « évitable ». La politique de lutte contre le tabac devra être accentuée par une amélioration de l'information sur ses dangers.

La lutte contre l'alcoolisme devra être relancée notamment par la mise en œuvre d'Etats Généraux de la lutte contre l'alcoolisme. Alors qu'elle subit des attaques inadmissibles sans que le gouvernement ne

réagisse, la loi Evin devra être maintenue dans sa totalité et mieux appliquée.

La lutte contre toutes les toxicomanies, qu'il s'agisse de cannabis ou d'ecstasy, d'alcoolisme comme d'abus de psychotropes sera menée avec la même fermeté sous la responsabilité du ministère de la santé.

La lutte contre l'obésité, aujourd'hui à peine amorcée, deviendra une priorité de notre santé publique. À cet égard, il convient de souligner que le gouvernement s'est opposé à tous les amendements proposés par le groupe socialiste dans le cadre du projet de loi de santé publique qui visaient à améliorer la prévention de l'obésité chez les enfants.

✓ **Pour un service public de la santé au travail**

La santé au travail doit relever pleinement du ministère de la santé, à l'heure où le MEDEF tente de la réglementer contre les salariés. La médecine du travail sera réformée pour renforcer son indépendance vis-à-vis des entreprises et améliorer ses performances en lui donnant toute sa reconnaissance et ses moyens. Il faut mettre en œuvre la création d'un service public de santé au travail. Des négociations devraient être ouvertes entre les partenaires sociaux afin d'élaborer une politique d'amélioration des conditions de travail (singulièrement pour les plus de 50 ans qui subissent plus durement la pénibilité).

Par ailleurs, rien ne sert de prétendre limiter l'augmentation des arrêts de travail si aucune réflexion de fond n'est menée autour de la gestion des relations sociales dans un pays où la productivité horaire des salariés est l'une des plus importantes du monde.

✓ **Education à la santé pour tous**

Alors que la santé des enfants en bas âge fait l'objet d'un suivi attentif dans le cadre de la protection maternelle et infantile, il faudra développer en direction des familles une politique d'éducation pour la santé en créant des structures de proximité. La santé scolaire sera redynamisée dans un cadre national. L'éducation à la santé devra occuper une place plus importante dans l'information en direction des enfants, des jeunes et des familles notamment dans le service public de l'audiovisuel.

✓ **Une véritable politique de santé environnementale**

Au-delà des acquis de sécurité sanitaire notamment en matière alimentaire, nous devons renforcer nos actions en matière environnementale.

L'eau, les pesticides, la pollution atmosphérique seront les premiers domaines concernés par cette politique. En liaison avec la médecine du travail, il faudra revoir les conditions de production des produits les plus toxiques.

✓ Rééquilibrer les soins et la prévention pour une santé de qualité

Notre pays a trop longtemps privilégié une démarche curative. Il est de plus en plus artificiel de séparer soin et prévention. Il faut donc introduire au sein même de la démarche soignante, et dans l'ensemble de l'appareil de soins, le souci de la prévention. C'est cette politique qui conduira à plus ou moins long terme à diminuer le coût des soins.

La prévention passe également par un accompagnement individuel des malades souffrant de pathologies chroniques. Cela nécessite la mise en place de politiques de santé publique qui peuvent être déclinées par pathologie (le cancer, le diabète, les accidents vasculaires, cérébraux etc...) ou par population (prévention du vieillissement, santé des exclus, des femmes enceintes etc...). La plupart de ces politiques nécessitent au-delà des moyens nouveaux, une meilleure coordination des acteurs, la mise en œuvre de références médicales et une politique d'information et de suivi des personnes.

Les usagers et les associations de malades doivent être associés à ces politiques, car leur adhésion s'est toujours révélée essentielle. La loi de santé publique sera réformée pour donner toute leur place à chacun des acteurs tant au plan national qu'au plan local.

✓ Lutter contre la surconsommation de médicaments

Nous savons qu'en France, nous achetons et nous consommons beaucoup trop de médicament et que cela met très souvent en péril la santé publique.

Revenir à un bon usage du médicament doit être une priorité d'une politique de santé tournée vers la qualité. Cette politique du médicament doit passer par le développement des médicaments génériques en ville et à l'hôpital, par une aide à la prescription (logiciel adapté à la dénomination par molécule) et par une baisse générale des prix autant que nécessaire.

L'industrie du médicament a pris une place trop importante dans le fonctionnement de notre système de santé sans doute aussi parce que l'investissement public a été largement insuffisant. L'information et la

formation médicale devraient bénéficier d'un financement public considérablement renforcé.

Au regard de cette situation, il n'est pas étonnant que la dépense moyenne de médicament par habitant soit de 537 \$ en France, elle est de 402 en Allemagne, 256 aux Pays-Bas, 223 au Danemark pour des systèmes de santé de niveau et de dépense par patient comparable. Seuls les Etats-Unis payent plus que nous.

C'est pourquoi nous proposons de fixer comme objectif la diminution de 20 % de la dépense de médicament par habitant en 3 ans. Cet effort permettra de dégager une économie de 3,5 milliards d'euros. Pour ceci, il convient de s'appuyer en priorité sur le rôle des pharmaciens et des campagnes d'information sur le bon usage des médicaments (ex. antibiotiques, psychotropes) et sur les risques de la surconsommation, en particulier pour les personnes les plus fragiles. Pour arriver à cet objectif, une réunion semestrielle sera organisée avec l'ensemble des acteurs concernés afin de faire le point.

✓ **Mettre en place un dossier de santé**

À condition qu'ils remplissent toutes les garanties de confidentialité, la mise en place du dossier de santé est un élément indispensable pour une amélioration de la qualité des soins. Il permet un meilleur suivi des malades. Il doit être à la fois un outil de travail pour le médecin et une source d'informations pour le patient.

2- Mettre le malade au cœur du système de soins et redonner confiance aux professionnels de santé en ville et à l'hôpital

Le système de santé doit évoluer pour mieux répondre aux attentes des Français et être basé sur une véritable démocratie sanitaire. Parallèlement, moderniser notre système de santé ne peut pas se faire sans l'appui des professionnels concernés. Dans ce cadre, nous proposons de négocier avec les professionnels un grand plan emploi revalorisation qualific.

✓ **Soigner au plus près des attentes des Français**

Les soins ambulatoires, l'hôpital, le médico-social ne peuvent plus s'ignorer et être financés sans possibilité de transferts. Le niveau national reste le garant de l'égalité des soins et de la couverture maladie sur le territoire. Il doit néanmoins favoriser l'action au plan régional dans une logique plus affirmée de déconcentration plus que de décentralisation.

L'Etat devra privilégier la définition des politiques et le contrôle de la qualité, garantir la solidarité nationale dans l'affectation des moyens, mettre en œuvre les politiques qui ne peuvent se mener qu'au plan national (canceropole, politique des greffes...), assurer la coordination européenne et l'action internationale de la France en matière de santé.

Il faut confier au niveau régional l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale, qui devront à l'avenir concerner en particulier le développement des réseaux et la conduite sur le terrain des politiques de santé publique.

La loi relative aux droits des malades a été une avancée majeure pour la reconnaissance de la place des assurés dans le système de santé, en particulier pour leur droit à l'information. Pour une véritable démocratie sanitaire, il faut continuer cette politique en améliorant l'information sur la qualité des soins. Il est proposé de créer une agence nationale chargée de coordonner et veiller à la mise en place et au bon fonctionnement des démarches qualité dans les établissements hospitaliers. Celle-ci peut prendre toute mesure administrative de nature à sauvegarder et à garantir la qualité des soins prodigués et la sécurité sanitaire des patients dans l'établissement. Par ailleurs, nous proposons **la création d'un Observatoire de la iatrogénie** afin de donner une information indépendante sur la réalité des maladies contractées au sein l'hôpital.

✓ Un grand plan emploi-revalorisation-qualification

La qualité d'un système de santé dépendra toujours de la compétence, du dévouement, de l'entente des professionnels qui le font vivre. C'est par ailleurs un atout et une opportunité pour notre pays, pour la politique de l'emploi, de conserver une excellence dans ce domaine. Trop de plans, de discours et notamment ceux du gouvernement actuel ne parlent que de contraintes financières, techniques, institutionnelles oubliant qu'il faut d'abord mobiliser les acteurs. Les professions de santé sont confrontées pour la plupart à une hyperspécialisation de leurs pratiques et à un choc démographique qui ne pourra être résorbé à court terme.

C'est pourquoi nous proposons d'asseoir la réforme sur un plan global de formation, de revalorisation, de qualification et d'emplois qui sera élaboré et conduit en lien avec les professionnels concernés.

Ce plan poursuivra un certain nombre d'objectifs : transfert de compétences, validation des expériences et des carrières, politiques de formation professionnelle, recrutement de nouveaux acteurs, valorisation du travail en équipe, réorganisation des formes d'exercice.

Cette politique doit être menée pour la ville comme pour l'hôpital. Elle concerne l'ensemble des spécialités et des qualifications.

En matière de formation initiale, il faut évidemment accroître le nombre d'étudiants non seulement pour les médecins mais aussi pour de nombreuses autres professions de santé (sages-femmes, infirmiers...). Cette formation devra être autant que possible unifiée les premières années. Le processus de spécialisation des médecins est encore trop largement dépendant des besoins hospitaliers à court terme. Il présente pourtant le paradoxe de ne répondre ni à ces besoins ni à ceux du reste de la filière de soin. C'est pourquoi il faudra prolonger et parfois modifier certaines réformes en cours.

3— Pour une meilleure qualité des soins, la priorité doit être donnée à l'hôpital public, aux médecins traitants et aux réseaux

Organisé traditionnellement autour du médecin de famille et du service des urgences de l'hôpital, l'offre de soins est aujourd'hui en crise. C'est particulièrement vrai pour les soins de « première intention ». Faute d'une coordination ils ne répondent plus à la demande croissante des Français. Il convient par ailleurs de distinguer ce qui ressort d'une logique de santé de ce qui reflète une crise de notre système social. Les défauts d'organisation et de coordination dans l'offre, l'absence d'information et de parcours dans la démarche du patient explique un malaise dont la solution ne passe pas par la croissance indéfinie des moyens et justifie au contraire une nouvelle approche. Il faut donc mieux distinguer la démarche de soins de première intention et la prise en charge de ces pathologies chroniques.

✓ L'hôpital public doit être à la fois le premier acteur et le premier bénéficiaire d'une politique de solidarité

L'avenir de notre sécurité sociale et celui de l'hôpital public sont intimement liés. Fort de la confiance des Français, il demeure le principal pilier de l'offre de soins de qualité de notre pays. Ses 670 000 agents et un budget de 40 milliards d'euros témoignent de l'importance que cette structure revêt dans la société française. Son adaptation s'est pourtant faite de façon empirique pour faire face à des situations d'urgence. Sa place dans notre système de santé n'a pas été clairement redéfinie.

Il convient donc de repenser l'hôpital en tenant compte des contraintes techniques liées à la sécurité des soins mais aussi des aspirations de nos concitoyens qui souhaitent bénéficier de soins de qualité sur l'ensemble du territoire. Il faut renforcer l'offre hospitalière en faveur des zones défavorisées et en faveur des urgences.

En matière de réglementation, les textes se sont multipliés ces dernières années sans que ne soient vraiment donnés les moyens de leur application et de la vérification de leur mise en œuvre. Nous pensons qu'il est urgent et souhaitable de mener une réflexion globale rapidement sur ce sujet.

Dans tous les cas, plus d'autonomie implique plus de responsabilités. Nous avons la conviction que c'est dans cette direction qu'il faut résolument engager l'hôpital en faisant évoluer les responsabilités de l'ensemble de tous les professionnels. Nous devons régler en priorité la question de la gouvernance à l'hôpital.

La première condition pour que l'hôpital retrouve toute sa place dans notre système de soins est de modifier les conditions d'application de la tarification à l'activité, il n'est pas acceptable qu'elle s'applique selon les mêmes critères dans le public et le privé. Le budget global ne devait pas perdurer. Il était source d'inégalités trop importantes. Nous avons, en 1991 dans la loi hospitalière, et en 1999 dans la loi sur la CMU, introduit la mise en œuvre expérimentale de la tarification à la pathologie.

Mais ce nouveau mode d'attribution des moyens doit être accompagné par des mesures spécifiques pour éviter la sélection des malades. Le gouvernement n'a donné aucune de ces garanties. Ainsi, **nous demandons la renégociation de cette réforme** contre toute enveloppe unique. Tout tarif unifié entre le privé et le public et toute convergence entre ces deux secteurs est irréaliste et dangereuse compte tenu des contraintes liées au service public qui risque de devenir une variable d'ajustement. Ainsi, l'enveloppe spécifique prévue pour la sauvegarde de ces missions est à un niveau largement insuffisant. Nous proposons au contraire que les missions de service public concernent plus de 50 % de l'enveloppe consacrée à l'hôpital. Les crédits du plan hôpital 2007 doivent être subordonnés aux efforts de restructuration des services.

Ce sont également ces missions de service public et la nécessité de la proximité qui doit guider notre action en direction des hôpitaux locaux. Il faut les faire évoluer pour conserver la qualité et la proximité. Par ailleurs, nous proposons une aide au développement de l'ensemble des établissements qui rencontrent des difficultés de gestion.

✓ **Le rôle pivot du médecin traitant**

Le médecin traitant est celui vers qui se retourne régulièrement l'assuré. Son rôle pivot doit être reconnu et élargi à une démarche de santé publique, qu'il **faudra rémunérer forfaitairement de façon spécifique au-**

delà du paiement à l'acte. Des moyens financiers nouveaux seront attribués à la médecine de ville sous forme de forfait pour les médecins qui s'engagent dans des actions de prévention, de santé publique, d'évaluation, de formation, des contrats de bonnes pratiques. Ces moyens feront l'objet d'une négociation avec les professionnels concernés.

Améliorer notre système de soins passe aussi par assurer une offre de soins sur l'ensemble du territoire. Il faut s'attaquer en priorité aux zones médicales désertifiées, dans les zones urbaines ou dans les zones rurales. L'assurance maladie doit prendre en charge cette mission en mettant en place des modes alternatifs d'organisation de soins, face à la défaillance de l'offre libérale. Elle doit avoir également **le droit de ne plus agréer automatiquement les praticiens en secteur 2 dans les zones de forte densité médicale**, telles qu'elles seront définies dans les schémas d'organisation sanitaire et sociale.

✓ **Les réseaux, une chance pour une meilleure organisation du système de soins**

Des réseaux de santé existent dans notre pays depuis plusieurs années. Ils sont toujours un plus pour les malades, pour les soignants et pour la collectivité. Ce qui est aujourd'hui une exception doit devenir la règle, le fonctionnement normal et identifié de notre système de santé.

Leur diversité née de l'impulsion de ceux qui les ont créés doit être préservée à partir du moment où l'évaluation de la qualité est inscrite dans leur fonctionnement. La régionalisation, des financements nouveaux, le décloisonnement ville/hôpital ainsi que la mise en place de politiques publiques de santé doivent leur donner un nouvel essor. Ils doivent se développer en priorité dans la prise en charge des pathologies chroniques et faire le lien entre le sanitaire et le social. Ceci doit être accompagné d'un développement de la formation professionnelle et de l'évaluation régulière des pratiques. La formation ne peut dépendre de la seule industrie pharmaceutique. Des références médicales précises doivent être clairement opposables. Un patient qui serait intégré dans un réseau de santé pourrait bénéficier d'une prise en charge particulière. Les évolutions des modes d'installation doivent être encouragées autour de la notion de cabinet de groupe rassemblant différents professionnels de santé.

Il convient enfin de développer des plates-formes d'information et de conseil. En effet, de nouveaux besoins se font jour chez les assurés : symptômes, suivi des traitements, information sur l'offre de soin, conseil d'éducation sanitaire, information sur les structures sanitaires et médico-

sociales existantes (en particulier pour la prise en charge des personnes dépendantes). Sur le modèle des numéros verts, des plateformes d'appel avec des médecins, du personnel paramédical et médico-social bénéficieront d'un financement par l'assurance maladie et d'un contrôle de qualité par les pouvoirs publics.

✓ **Une politique de prise en charge globale de la dépendance des personnes handicapées et/ou âgées**

Mettre les assurés au cœur du système de soins, c'est également mettre en oeuvre une politique globale de prise en charge de la dépendance. Il est par ailleurs indispensable de décloisonner les services d'aides aux personnes dépendantes, éclatés en services sociaux/structures médicales.

Des services de soutien à domicile devraient être créés afin que les personnes dépendantes ne soient pas sorties de leur environnement, afin que les familles, les médecins, les personnels bénéficient d'un interlocuteur unique.

Pour les personnes âgées, une priorité doit être accordée à la prévention des maladies liées au vieillissement. Il est proposé la création d'un institut national du vieillissement.

Il faut engager un plan massif de médicalisation des établissements d'accueil sur trois ans et dans le même temps soutenir financièrement les familles pour lesquelles le coût d'accès aux maisons de retraite reste trop élevé. Une aide au logement plus importante doit être apportée en établissement.

Cette politique doit passer bien évidemment par une meilleure reconnaissance des acquis de l'expérience de professionnels qui travaillent auprès des personnes dépendantes.

**CONTRIBUTION DES MEMBRES DE LA MISSION
APPARTENANT AU GROUPE U.D.F.⁷⁵**

La réforme de notre système de santé est urgente et indispensable. Elle doit garantir un haut niveau de santé et à chacun de nos concitoyens un égal accès à un système de soins de qualité.

Notre système de soins connaît aujourd'hui une grave crise à la fois morale, organisationnelle et financière. Tous les secteurs sont en crise. L'UDF partage globalement le diagnostic présenté par les **travaux du Haut Conseil** encore qu'il n'ait pas assez insisté sur les **changements de mentalités des professionnels** qui aspirent à juste titre à une vie de famille équilibrée qui ne veulent plus être désignés comme boucs émissaires tout en étant corvéables à merci et **changements de mentalité des malades** avec la dérive sécuritaire, le principe de précaution et qui exigent la réponse à la mode et si possible gratuite.

Le Haut Conseil n'a pas non plus assez insisté sur l'absence de pilote du **système aujourd'hui quasi étatisé sans contrôle démocratique.**

Notre système de soins est **relativement coûteux**, 9,7 % du PIB, 5^{ème} pays pour les dépenses. Mais ne sommes-nous pas parmi les pays les plus riches ? De plus, les dépenses de santé ne se perdent pas dans un puits sans fond, mais contribuent à la richesse du pays et à la croissance du PIB. Les difficultés financières proviennent du fait que les dépenses augmentent en moyenne de 2 % plus vite que le PIB. C'est ce différentiel dû à l'amélioration technologique, au vieillissement à l'effet génération qu'il convient de réduire et de financer.

Notre système de soins **permet aujourd'hui une grande liberté** de choix de son médecin, du lieu d'hospitalisation, des prescriptions, sans connaître de files d'attente. Surtout, **il permet une grande solidarité.** Il mérite donc d'être conforté et des **progrès sont indispensables** : évaluation et qualité ; séparation ville-hôpital et non fongibilité des enveloppes, prévention et éducation de la santé ; coordination des soins ; permanence des soins ; démographie des professions de santé ; formation initiale et continue ; responsabilité des acteurs... la tâche est donc énorme.

⁷⁵ MM. Hervé Morin, Jean-Luc Prével.

Le déficit est abyssal : 32 milliards d'euros en cumulé : 14 milliards sans doute plus pour la seule année 2004.

Quelles sont les raisons de cette crise ? Certes les dépenses sont appelées à augmenter, mais les raisons proviennent essentiellement de l'absence de responsabilité à tous les niveaux et de pilote du système.

Tout le monde s'accorde à rejeter la privatisation qui aboutit à des dépenses de gestion supérieures, mais surtout à une sélection des malades et des professionnels inacceptables. Tout le monde refuse l'étatisation. Or, elle est quasi achevée sans contrôle démocratique (France, berceau de la démocratie !). En effet, le ministre est responsable de l'hospitalisation, de la politique du médicament, de la quasi-totalité de l'ambulatoire (valide ou non les conventions...). Il répartit sans en référer au Parlement les diverses enveloppes : hôpital, ambulatoire, médicament et les enveloppes régionales.

Tout le monde se réfère à un pseudo paritarisme qui n'a pas de légitimité dans le domaine de la santé. Celui-ci débute avant la naissance et va jusqu'à la mort. Il n'y a donc pas de lien avec le travail. Il n'y a plus de cotisations salariales maladie puisqu'elles ont été intégralement remplacées par la CSG sur l'ensemble des revenus. Seules persistent des cotisations patronales en partie exonérées remplacées par des impôts et taxes. Le MEDEF a quitté la CNAM et ne semble guère disposé à revenir.

Un pseudo paritarisme rénové est-il justifié ? Quelle serait sa légitimité ? Quel serait son rôle ? L'UDF préconise la création de caisses spécifiques pour gérer paritairement avec une réelle autonomie les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais ne reconnaît pas aux partenaires sociaux une quelconque légitimité pour gérer l'assurance maladie et notamment l'hôpital.

La réforme doit concerner aussi bien l'hôpital que l'ambulatoire. Il convient de revenir sur la séparation actuelle injustifiée et sur la non fongibilité des enveloppes. Il doit y avoir une réelle continuité entre les soins de ville et les soins hospitaliers : urgences, consultations hospitalières, hospitalisation à domicile, chirurgie ambulatoire, soins palliatifs etc...

Vouloir traiter séparément l'ambulatoire et l'hospitalisation constituerait une grave erreur.

LES PROPOSITIONS DE L'UDF

1. Créer une caisse spécifique gérée paritairement pour les maladies professionnelles et les accidents du travail.

2. Financer le déficit cumulé.

Celui-ci atteint environ 33 milliards d'euros. La dette sociale actuellement gérée par la CADES est de 38 milliards sur les 53 qui ont été mis à sa charge.

La dette doit s'éteindre en 2014. Le financement est assuré par le CRDS à 0,5 %.

Il n'est pas concevable, même si cela peut être tentant, de **prolonger la durée de vie de la CADES** comme l'ont fait les socialistes. En effet, nous ne pouvons léguer à nos enfants les dettes que nous n'aurions pas su ou voulu assumer.

C'est pourquoi un doublement du CRDS pourrait être accepté.

3. S'engager dans une réelle maîtrise médicalisée des dépenses de santé en responsabilisant tous les acteurs et en s'appuyant sur l'efficience.

L'UDF préconise **une réelle régionalisation de la santé** permettant à chacun des acteurs professionnels et patients de devenir partenaire et décideur et donc responsable.

Bien entendu, le **rôle de l'Etat** doit être clairement affirmé : responsable de la santé publique, de la sécurité sanitaire, garant de l'égal accès de tous à des soins de qualité. Mais l'Etat impuissant doit cesser de vouloir tout décider, tout contrôler. Prenons acte de son échec.

La Région est le niveau pertinent pour les complémentarités (chirurgie cardiaque, neurologique, greffes...). La régionalisation ne créera pas d'inégalités. Aujourd'hui avec un système national, elles sont énormes en terme de morbidité, de mortalité et de financement. Au contraire, la

régionalisation, car chacun aura à cœur de répondre aux besoins, devrait les atténuer (comme pour les lycées, la formation professionnelle...).

L'idée est de partir des besoins, d'impliquer tous les acteurs au niveau des décisions et de la gestion et d'avoir un interlocuteur unique pour la santé (prévention, ambulatoire, hospitalisation, formation).

Il est nécessaire **de partir des besoins régionaux** établis à partir des travaux des observatoires régionaux de santé en leur donnant les moyens humains et financiers nécessaires.

L'organe essentiel est **le Conseil régional de santé** où se retrouveront tous les acteurs de la santé y compris les associations de malades et d'anciens malades. Ils devront être **élus** pour avoir la légitimité, **par collègues** pour assurer une représentation équitable. Les médecins pourront être représentés par les URML, actuellement élus, les professions paramédicales par des unions régionales des professions paramédicales.

Ses missions essentielles seront d'estimer les besoins à partir des travaux des ORS, de veiller à l'adéquation de l'offre aux besoins et de contrôler l'exécutif régional, l'agence régionale de santé A.R.S.

L'agence régionale de santé A.R.S. sera l'exécutif régional, responsable unique pour la santé. Elle comprendra un directeur, nommé en conseil des ministres, et un conseil d'administration comprenant le bureau du conseil régional de santé, des élus du conseil régional, des financeurs complémentaires. Son champ de compétence doit couvrir les établissements, l'ambulatoire, la prévention, la formation professionnelle avec définition d'un *numerus clausus* régional par spécialité pour obtenir une adéquation entre la formation et les besoins (85 % des médecins formés dans une région restent dans cette région).

Le Conseil national de la santé sera composé de représentants élus des conseils régionaux de santé. Il aura pour tâche d'aider le **gouvernement** à préparer au printemps une loi définissant les priorités nationales synthèse des besoins régionaux.

Le Parlement votera au printemps les priorités nationales du Pays à partir des besoins régionaux et votera à l'automne le financement de ces priorités ainsi **l'ONDAM sera médicalisé**.

La répartition de **l'ONDAM sera régionalisée** sur des critères objectifs : morbidité, mortalité et surtout âge et richesse de la région.

Cet ONDAM régionalisé pourra être abondé par la Région.

La régionalisation permet de :

- développer une politique de santé de proximité,
- partir des besoins,
- définir une réelle politique de prévention et d'éducation à la santé,
- surtout de rendre chacun acteur et responsable en les associant en amont aux décisions et en aval à la gestion.

Le but est d'**optimiser les dépenses** de santé par une **maîtrise médicalisée effective** basée sur l'efficacité. Celle-ci ne sera possible qu'en y associant les divers acteurs.

L'UDF est favorable à la création d'un INSEE de la santé, organisme indépendant chargé de recueillir et de traiter en temps réel toutes les données : codage des actes, des pathologies etc. et de les communiquer à tous les organismes intéressés, caisses chargées du remboursement et organismes professionnels.

L'UDF est favorable à un « Haut Conseil » à condition qu'il soit indépendant et composé d'experts reconnus. Sa mission sera, à partir des travaux de conférences de consensus, de définir les bonnes pratiques médicales, le bon usage du médicament en arrêtant une hiérarchisation des actes et des traitements en fonction des pathologies.

L'UDF est favorable à la mise en œuvre pour toutes les professions de santé d'une formation continue obligatoire, financée et évaluée.

L'UDF demande que la formation initiale soit revue et que la sélection des médecins se fasse essentiellement sur les capacités d'écoute, d'analyse et de synthèse.

L'UDF est favorable au contrat et donc à des conventions nationales déclinées régionalement.

L'UDF demande instamment que les hôpitaux soient intégrés dans cette réforme : que soit reconnue l'autonomie et donc la

responsabilité de chaque établissement, que le recrutement des praticiens puisse se faire sur la base de contrats prenant en compte la pénibilité et la responsabilité.

Bien entendu, il est nécessaire de **responsabiliser le patient** :

– en transformant la CMU en **une aide personnalisée à la santé** inversement proportionnelle au revenu pour permettre à chacun de financer la complémentaire de son choix (ainsi l'effet de seuil détestable sera gommé),

– de **généraliser le contrat** passé entre le malade et son médecin pour favoriser la conduite permettant la bonne santé,

– **le carnet de santé : papier ou informatisé** opposable sera présenté à chaque consultation pour être remboursé,

– **la caution remboursable pour les assurances complémentaires**. Pour une cotisation de 100 euros, 60 euros de cotisation vraie, 40 euros de caution remboursée intégralement si elle n'a pas été dépensée, partiellement, si elle a été dépensée partiellement. Cette caution qui ne constitue pas un malus, mais correspond à un bonus, s'est montrée efficace.

CONCLUSION

L'UDF réclame une réforme importante concernant l'ambulatoire et l'hospitalisation.

Il est indispensable d'assurer la survie de notre système de soins grâce à une maîtrise médicalisée. Celle-ci peut être obtenue en responsabilisant tous les acteurs c'est-à-dire en les associant en amont aux décisions et en aval à la gestion.

Il est nécessaire de mettre en place dans chaque région un responsable unique de l'ensemble de la santé (conseil régional de santé et A.R.S.).

Bien entendu, le déficit cumulé doit être financé sans en faire supporter le poids à nos enfants et petits enfants.

**CONTRIBUTION DES MEMBRES DE LA MISSION
APPARTENANT AU GROUPE DES DEPUTE-E-S COMMUNISTES ET REPUBLICAINS ⁷⁶**

INTRODUCTION

« La nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement. Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence »

Préambule de la Constitution de 1946

C'est dans une France exsangue, meurtrie et ruinée par quatre sombres années d'occupation, que fut créée en octobre 1945 la Sécurité sociale, l'une des mesures majeures préconisées par le programme du Conseil National de la Résistance.

A l'initiative du Parti communiste français et de la CGT, cet acte courageux et visionnaire devait contribuer à assurer à chacun une protection individuelle devant les risques sociaux de toute nature susceptibles de réduire sa capacité de gains. Alimentée par une cotisation sociale assise sur les salaires distribués en contrepartie des richesses créées par les travailleurs, la Sécurité sociale ancrerait son financement dans l'entreprise tout en le faisant échapper aux règles du marché et de la concurrence, ainsi qu'à l'emprise de l'Etat. La gestion de ces fonds et les prestations qu'ils permettaient, étaient alors assumées par les représentants des salariés selon les règles de la représentation démocratique.

Chacun contribuant selon ses moyens et recevant selon ses besoins : les fondateurs de la Sécurité sociale affirmaient les principes de solidarité, d'universalité et de démocratie au cœur d'un nouvel édifice social profitable au développement du pays.

⁷⁶ Mme Jacqueline Fraysse, M. Maxime Gremetz.

C'est pourquoi, l'existence du système actuel de protection sociale représente pour la Nation un acquis majeur du 20^{ème} siècle qu'il convient de préserver aujourd'hui.

Or, la proposition de réforme de l'assurance maladie du gouvernement s'inscrit à l'encontre de ce progrès social. Après avoir remis en cause le principe de la couverture socialisée du risque vieillesse, le gouvernement voudrait aujourd'hui mettre à mal le principe de la couverture socialisée, générale et intégrale du risque maladie.

Les mesures déjà mises en œuvre, dont l'augmentation du forfait hospitalier, le déremboursement de nombreux médicaments y compris des vaccins, la réduction des droits des bénéficiaires de l'AME et de l'APA, le renforcement des contrôles des personnes souffrant d'une affection de longue durée, la tarification à l'activité ou l'autorisation donnée à l'industrie pharmaceutique de fixer librement le prix des médicaments innovants témoignent du sens très libéral que le gouvernement entend donner à la réforme, devant aboutir à privilégier la responsabilité individuelle au détriment de la solidarité nationale.

Pourtant, la réduction des inégalités sociales et des inégalités territoriales en matière d'accès aux soins comme la couverture d'autres risques sanitaires et sociaux, exigent justement de renforcer la logique du système actuel et non d'ouvrir des pans entiers de la protection sociale aux assureurs privés.

Aujourd'hui, les besoins en la matière sont encore plus vastes que jamais.

D'une part, les progrès de la médecine, des sciences et des techniques ouvrent des possibilités immenses pour que tous accèdent à des soins de haute qualité. De nombreux fléaux peuvent maintenant être éradiqués.

D'autre part, l'Organisation Mondiale de la Santé définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et non plus seulement comme l'absence de maladie ou d'infirmité. Avec la lutte contre la maladie et les infirmités, il s'agit alors pour notre système de santé de faire face à l'engagement de toutes les capacités humaines.

Ces besoins humains nouveaux qui témoignent des transformations du monde et obligent à une adaptation permanente, sont en même temps des besoins pour l'efficacité même du développement de la société. En effet, une société c'est d'abord la possibilité d'utiliser son

intelligence, son énergie, ses compétences, et pour cela, c'est pouvoir bénéficier de la garantie que quoi qu'il arrive, ses besoins de santé, de retraite, de consommation seront assurés.

Aujourd'hui, cette recherche d'efficacité s'accroît du fait de la crise des sociétés développées, mais aussi parce qu'elle constitue le moyen dynamique d'affronter la mondialisation. Être efficace, c'est avoir un peuple et des salariés en pleine possession de leurs moyens. Être efficace, c'est aussi lutter contre les inégalités en ne laissant pas chacun avec ses seuls moyens financiers personnels pour répondre aux besoins de protection sociale.

Cependant, de tels objectifs pour l'assurance maladie ne peuvent s'envisager sans de profondes réformes de son financement et de son fonctionnement.

Les logiques libérales ont facilité la réduction des dépenses publiques sociales, considérées comme un « coût ». Depuis plus de 20 ans, les différents plans de sauvetage et de redressement, les successives lois de financement de la Sécurité sociale se sont traduits par une réduction des remboursements, par la création d'enveloppes budgétaires ayant pour objectifs de contrôler leur utilisation et chercher à réduire l'offre de soins.

Pour autant, et alors que nous nous y sommes toujours opposés, cette politique de restriction des dépenses de santé remboursables et de rationnement budgétaire est restée un échec. Elle n'a contribué qu'à l'approfondissement des inégalités sociales et géographiques de santé et à la réduction de notre taux de remboursement des soins pour en faire aujourd'hui l'un des plus faibles d'Europe. Pire, elle n'a jamais résolu la question du déficit financier de la Sécurité sociale. Celui-ci s'est d'ailleurs régulièrement creusé, au point de créer aujourd'hui, une véritable crise du financement de l'assurance maladie.

Or pour cette question, à part les parlementaires communistes et républicains, personne au Parlement n'a eu l'audace de regarder du côté du déficit des recettes. Pour ne pas s'opposer à la logique libérale d'une politique salariale et de l'emploi dictée par les critères de rentabilité financière du Medef, les différents gouvernements sont restés volontairement inactifs. Pourtant, la montée du chômage au motif d'une recherche de flexibilité de l'emploi, la politique d'exonération des cotisations patronales et la pression sur les salaires et l'emploi au nom d'une réduction du coût du travail sont autant de raisons de cette crise de financement. Et le mal profond de la Sécurité sociale est bien là, dans l'insuffisance de ses recettes. Ainsi, le déficit se creuse dramatiquement et devient le prétexte à la privatisation et à l'exigence du sacrifice inéluctable.

Si le déficit est important, il n'est pas pour autant insurmontable. Actionner le levier des recettes permettrait d'enrayer cette spirale perverse et autoriserait le retour à l'excédent sans pour autant diminuer l'enveloppe des dépenses. Notamment, et nous n'avons jamais cessé de le répéter, une réforme du financement incitative à l'augmentation de la masse des richesses produites et dissuasive à l'accumulation considérable des profits financiers, offrirait les moyens de répondre aux besoins de santé de la population. Mais ceci implique aussi un nouveau type de croissance et de gestion des entreprises ainsi qu'une autre répartition des richesses.

Ces objectifs sont indissociables de l'exigence d'une politique orientée, d'une part, vers la construction d'un nouveau système de sécurité d'emploi et de formation, la réponse aux besoins de notre époque en matière de formation, d'autre part, vers la progression du pouvoir d'achat des salaires, pensions, minima sociaux nécessaire pour soutenir un nouveau type de croissance appuyé sur le développement des ressources humaines.

Plus qu'à le réduire, ces éléments encouragent à donner un nouvel élan à notre système de protection sociale.

C'est l'objet des propositions des député-e-s du groupe communiste et républicain et des sénateurs du groupe communiste, républicain et citoyen. Rejetant sans appel la dérive vers la privatisation ou l'étatisation de notre système d'assurance maladie, ces propositions s'inscrivent dans la continuité des acquis du passé et dans la perspective d'une solidarité renforcée et élargie.

PROPOSITIONS

TITRE I : POUR UNE POLITIQUE DE SANTE PUBLIQUE ET DE PREVENTION AMBITIEUSE ET EFFICACE

Les gouvernements successifs ont tous déploré que la prévention et l'éducation à la santé restent les « parents pauvres » des politiques de santé. A juste titre, ils ont dénoncé la faiblesse de la part financière qui y est consacrée (3,6 milliards d'euros sur 145 milliards destinés à la santé).

Pourtant, ils ont tous contribué au désengagement de l'Etat du secteur de la médecine préventive. La médecine scolaire a été littéralement abandonnée au point que les obligations légales de suivi médical des enfants scolarisés ne sont plus assurées ni pour l'ensemble de la population scolarisée ni sur l'ensemble du territoire. Les conditions de travail sont laissées au bon vouloir du patronat alors que tous les indicateurs de la santé au travail révèlent une détérioration de cette situation et une sous déclaration des accidents et maladies professionnelles par les employeurs. La lutte contre les risques environnementaux et alimentaires est au point mort malgré les désastres de la vache folle ou de la légionellose.

Le vote récent d'une loi de santé publique ne fait que confirmer ce constat. Loin de répondre aux enjeux sanitaires, cette loi couplée à la décentralisation selon M. Raffarin, entérine dans les faits, le principe du désengagement financier de l'Etat central dans la conduite de la politique de prévention, et le transfert sur les régions, du coût de cette politique. Elle est venue confirmer que ce gouvernement n'entendait pas faire véritablement de la santé sa priorité. Pas plus qu'il n'était disposé à approcher la problématique de la prévention dans sa globalité, en agissant également positivement sur l'environnement économique et social des individus.

S'il est impératif de réaffirmer le rôle de l'Etat dans la définition des objectifs de santé publique et de prévention, il est aussi impératif de réengager l'ensemble des structures publiques nationales et régionales dans leur financement.

Il est aujourd'hui impérieux d'enclencher une nouvelle dynamique par des actes concrets pour faire de la prévention une réelle priorité.

Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent :

La mise en œuvre de la prévention au niveau de la région. Si le niveau national est le plus efficace pour définir les objectifs et la politique de santé, le niveau régional est le plus pertinent pour sa mise en œuvre. Par ailleurs, la région constitue le niveau administratif le plus adéquat pour impliquer les élus, les usagers et les professionnels de santé dans cette politique de prévention.

Le développement de la recherche en matière de santé et de prévention. Il ne peut y avoir de véritable politique de prévention sanitaire et lutte contre les risques sanitaires sans un développement de la recherche scientifique dans ces secteurs. C'est aussi à partir d'elle que peut s'envisager une lutte efficace contre les maladies à la fois en termes de lutte et d'anticipation. La recherche doit devenir une priorité nationale et bénéficier de moyens humains et financiers conséquents.

La prise en charge d'une visite médicale annuelle de médecine préventive, dès la naissance jusqu'à la fin de la vie. Il convient donc de dégager des moyens accrus pour les institutions existantes (PMI, médecine scolaire, médecine du travail) et la création de structures spécifiques pour les chômeurs, exclus et précaires (financées par l'Unedic), ainsi que pour les retraités (financées par la Cnav)

La révision des taux de remboursement des actes médicaux avec la gratuité immédiate de tous les actes de médecine préventive. La régularité des consultations de médecine générale est la meilleure garantie d'une prévention généralisée. Mais le prix de cette consultation et son remboursement insuffisant sont un obstacle pour la partie de la population qui en a le plus besoin. La généralisation du tiers payant dispensant de l'avance de frais, et l'amélioration du taux de remboursement sont donc des mesures contribuant à la prévention.

Des actions en direction de l'industrie agroalimentaire. La nutrition étant un déterminant majeur de la santé, s'il convient de mener des actions d'éducation à la santé en direction des enfants comme de l'ensemble des consommateurs, il importe également d'informer systématiquement et complètement ces derniers en posant à la charge des industriels des obligations strictes notamment en termes d'étiquetage.

Le développement de l'éducation à la santé au moyen de l'école, des collectivités locales, des associations et des médias. L'éducation à la santé est un moyen incontournable de prévenir les risques quotidiens pour la santé des personnes. Elle doit devenir un enjeu national et

utiliser l'ensemble des canaux publics et sans but lucratif de diffusion à sa disposition.

L'assurance d'un suivi tout au long de la vie, des vaccinations et, en fonction de l'évolution des connaissances médicales, des actes de dépistage en commençant par les maladies les plus courantes et les plus graves. Le gouvernement vient de supprimer le caractère obligatoire de certaines vaccinations dans le but de faire quelques économies supplémentaires. De la même façon, les différents gouvernements ont incité les professionnels de santé à limiter les actes médicaux de contrôle complémentaire et culpabiliser les assurés sociaux jugés responsables d'une surconsommation d'actes médicaux grevant les budgets de l'assurance maladie. Pourtant, l'efficacité de la politique préventive en matière de santé passe par la surveillance sanitaire systématique des populations. Par ailleurs, le coût déclaré pour l'assurance maladie est largement supérieur à celui induit par son dépistage.

Assurer une visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés. En matière de santé scolaire, la législation fait obligation à l'éducation nationale d'organiser une visite médicale avant l'entrée en 6^{ème}, puis de prévoir des visites médicales régulières durant la scolarité. Aujourd'hui, dans de nombreux départements, la médecine scolaire est dans l'incapacité d'assurer cette obligation faute de moyens humains et financiers. Pourtant, ces visites sont des moments privilégiés pour déceler chez les enfants des pathologies qui influent sur leur santé mais aussi sur leur développement scolaire. Et à l'inverse, elles sont des occasions uniques pour les enfants d'engager le dialogue sur des difficultés qui leur sont propres avec des professionnels en charge de les aider à les résoudre. Enfin, cette visite médicale annuelle serait aussi l'occasion pour certains de ces enfants de voir régulièrement un médecin, quand la situation professionnelle et sociale de leurs parents les en empêche.

Reconnaître le principe de la réparation intégrale en y intégrant tous les préjudices subis. Alors que la législation des accidents du travail a été une des premières grandes lois sociales du 19^{ème} siècle, aujourd'hui accidents et maladies professionnelles sont moins bien indemnisés que les accidents de la vie quotidienne.

Revaloriser le rôle de la médecine du travail, en liaison avec les CHSCT, pour améliorer les conditions de travail de tous. L'objectif de la médecine du travail est de contribuer à améliorer la santé des salariés dans l'entreprise au moyen d'une adaptation des conditions de travail. Dans un arrêté récent du gouvernement confirmé par le Conseil d'Etat, la majorité au pouvoir tente de renverser le principe en demandant aux médecins du travail d'adapter le travailleur aux emplois dans l'entreprise, au moyen

d'une sélection médicale, psychologique, voire génétique des candidats. Cette demande nouvelle dénature le rôle des médecins du travail. Il faut catégoriquement rejeter l'objectif de sélection des salariés selon leur aptitude médicale et développer les conditions qui garantissent l'indépendance des médecins du travail face au patronat. Il convient donc d'envisager de supprimer le dispositif actuel du certificat d'aptitude pour lui substituer un système évaluant le degré d'exposition aux risques que comporte le poste pour le salarié.

Assurer la nomination d'un délégué aux questions de santé dans l'entreprise lorsqu'il n'existe pas de CHSCT. La législation du travail a prévu la création d'un CHSCT dans les entreprises de plus de 50 salariés. Or le parc des entreprises françaises est constitué à 70 % d'entreprises de moins de 50 salariés. Et c'est dans ces entreprises que les risques sanitaires sont les plus importants.

Mise en place d'une agence nationale de santé au travail et renforcement de la surveillance épidémiologique dans les milieux du travail.

Renforcer les sanctions pénales contre les non-déclarations d'accidents par les employeurs. Une des caractéristiques de la réduction du nombre d'accidents du travail sur les cinquante dernières années réside certes dans le contrôle supplémentaire assuré par les représentants du personnel, mais surtout dans la sous-déclaration par l'employeur des cas de maladie professionnelles et d'accidents du travail. On estime aujourd'hui à 140 000 par an, le nombre de cas pathologiques imputables aux conditions de travail. C'est un préjudice important pour les comptes de l'assurance maladie qui prend en charge sur le régime de base ces maladies alors qu'elles sont imputables au régime des accidents du travail et maladies professionnelles. Il est normal de responsabiliser les employeurs face aux comptes de la Sécurité sociale et tout abus doit être sévèrement sanctionné.

Accélérer et simplifier les procédures de révision du tableau des maladies professionnelles. La non reconnaissance rapide des maladies professionnelles constitue un élément central de l'amélioration de la santé au travail et de la prise en charge légitime des accidentés du travail. La question des éthers de glycol en est par exemple une illustration typique. Alors que la dangerosité de ces matières utilisées dans la peinture ou dans différents solvants, est parfaitement connue et reconnue au niveau international, il demeure toujours difficile de faire reconnaître officiellement ces substances comme étant à l'origine de nombreux cancers. Et en attendant, de nombreux salariés sont touchés par ces cancers, et eux ou leur famille ne sont pas indemnisés ni pris sanitairelement en charge comme il le faudrait.

Assurer l'indépendance, vis à vis du patronat, de toutes les structures de gestion, d'étude et prévention des risques professionnels. Le patronat est en position d'être juge et partie pour l'indemnisation des accidents et maladies dont la loi reconnaît pourtant qu'il est à priori responsable. Non seulement il vient de revenir siéger en position de blocage dans les instances de la branche AT – MP de la Sécurité sociale, mais il demande la privatisation totale de cette branche, au nom de la « compétence acquise par les assurances pour les voitures ou les logements ». Pour garantir aux médecins du travail un statut véritablement indépendant, il faut confier la gestion de ces services de santé au travail non aux employeurs mais majoritairement aux salariés.

Signaler sur le dossier médical de tous les assurés sociaux les facteurs de risque rencontrés tout au long de la carrière professionnelle. Une des difficultés majeures de la reconnaissance du préjudice sanitaire vécu par les salariés au moment de leur activité professionnelle et donc de son indemnisation réside dans la difficulté de faire la preuve de la responsabilité patronale. Un signalement dans le dossier médical des assurés sociaux, des facteurs de risques rencontrés durant la vie professionnelle, permettrait de répondre à cette difficulté.

La création d'une commission de suivi et de vigilance des risques industriels au plan local, réunissant des citoyens, des élus locaux, des salariés, des directions d'entreprises, des services de la Direction départementale de la Santé (DDS), de la Direction régionale de l'Industrie, de la Recherche et de l'Environnement (DRIRE) et de la Préfecture pour une information complète et transparente sur l'entretien et le contrôle des différents équipements et sites industriels. L'Etat doit assumer ses responsabilités en assurant le contrôle et en prévenant le risque pour les populations et l'environnement. Les conséquences sanitaires des épidémies de légionellose, de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse, des pollutions liées aux centrales d'incinération des déchets, etc., méritent que soient reconsidérées les moyens permettant de répondre aux enjeux de santé publique.

TITRE II : ETENDRE LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR GARANTIR L'EGALITE DE TOUS A LA SANTE

Depuis 1945, le droit de se soigner est acté dans le quotidien des travailleurs. L'assurance maladie issue de notre Sécurité sociale s'est donnée

pour vocation d'assurer la prise en charge financière ou en nature des effets de la maladie. La généralisation progressive du salariat et de l'assurance maladie aux non salariés ont permis d'assurer le droit à une couverture médicale uniforme pour l'ensemble de la population.

Pourtant, aujourd'hui, ce droit est de moins en moins bien garanti. L'inégalité devant la maladie et la mort tend à se creuser de nouveau. En raison de la part toujours croissante laissée à la charge des patients au cours des vingt dernières années, environ 25 % des dépenses de santé, une large frange de la population française ne peut accéder à certains soins. Faute de moyens financiers suffisants, 14% de la population, et 30 % de chômeurs, renoncent à se soigner. En 1999, la création de la couverture maladie universelle complémentaire ambitionnait pour les ménages les plus pauvres de remédier à ces difficultés rencontrées dans l'accès aux soins. Aujourd'hui, la CMU s'avère moins universelle qu'il n'y paraît. Reste également entière la question du rôle central de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins, l'assurance maladie obligatoire dans le cadre de la Sécurité sociale, ne finançant que très partiellement les dépenses des soins de spécialistes, les lunettes ou les prothèses dentaires notamment.

Cette stratégie du transfert de charge vers les malades, mise en place par les gouvernements successifs au nom de la recherche de l'équilibre des comptes de la Sécurité sociale, a été formalisée par le MEDEF de façon très claire au travers des rapports Chadelat et Coulomb. C'est dans cette voie que désire s'engager le gouvernement, en usant de la réduction du périmètre de la prise en charge que certains souhaitent aujourd'hui définir selon le concept de « petits risques et gros risques » ou « responsabilité individuelle et responsabilité collective ».

Or, ce périmètre de prise en charge n'a aucune raison d'être limité. Le critère financier ne peut être opposable au critère de besoins de santé pour le définir. Il doit être évolutif en fonction des besoins, des pratiques médicales et du progrès scientifique. C'est le sens d'une reconquête de la protection sociale dans laquelle nous souhaitons engager le pays.

Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :

Aller vers la généralisation de la prise en charge à 100% et pour tous des soins par l'assurance maladie. L'assurance maladie est la seule garantie de l'égalité de tous à l'accès aux soins. C'est la justice : pour combattre les inégalités devant la maladie. C'est l'efficacité : puisqu'un

recours rapide aux premiers soins, et mieux encore à la prévention, est le meilleur moyen d'éviter ou de limiter les maladies graves. Pour aller dans ce sens de la gratuité totale, nous proposons des avancées immédiates et progressives. De cette manière, cette généralisation permettrait en outre d'aller dans le sens d'une extinction du dispositif CMU rendu obsolète, en assurant leur réintégration dans le régime commun.

Garantir la liberté de choix et l'accès direct aux praticiens sans discrimination quant au remboursement.

Instaurer la gratuité pour les consultations et soins induits par la médecine scolaire, les examens de prévention pour les adultes. La détection précoce des handicaps ou des maladies n'a de sens que si on assure à tous l'accès aux soins nécessaires et aux soins de suite. Cela s'associe à l'idée d'étendre progressivement la gratuité à tous les actes de médecine préventive comme nous en avons défini le sens. Nous pensons particulièrement aux vaccinations (y compris celles qui ne sont pas obligatoires) et aux actes de dépistage dont l'utilité est scientifiquement reconnue.

Instaurer la gratuité des soins pour les malades atteints de « maladies longues et coûteuses » ainsi que pour les maladies chroniques et leurs soins complémentaires. Au motif que les maladies longues et coûteuses représentent une part importante des dépenses d'assurance maladie la majorité de droite en place en 1987 a supprimé cette procédure. Elle permettait d'assurer la gratuité des soins pour les personnes dont l'état de santé général nécessitait des soins multiples et coûteux. Pour l'essentiel, les bénéficiaires étaient des personnes âgées. Quant aux maladies chroniques, elles constituent un fléau moderne qui pèse de plus en plus lourd dans les dépenses de santé des ménages et handicapent parfois lourdement les personnes qui en sont affectées.

Aligner les remboursements des hospitalisations de long séjour sur celle des courts séjours. Là encore les principaux bénéficiaires seront les personnes âgées. Actuellement en long séjour la moitié des dépenses reste à la charge des malades ou de leur famille sous prétexte qu'il s'agit de frais d'hébergement. Comme si par exemple, la qualité de l'alimentation pouvait être séparée des soins.

Prendre en charge intégralement les soins de suite à l'hospitalisation. Parmi les dépenses de santé les plus importantes pour les ménages, les soins de suite et de rééducation constituent un poste non négligeable.

Supprimer le taux de remboursement à 35 % des médicaments. En effet, ou bien un médicament est efficace et il doit être remboursé à taux plein; ou bien il est inefficace et il doit être retiré du marché pharmaceutique. Cette évaluation doit se faire dans la transparence et indépendamment des questions de financement. Cette première mesure préparera le relèvement du taux de remboursement de tous les médicaments, en particulier les plus innovants.

Supprimer le forfait journalier. Le forfait hospitalier constitue une véritable barrière à l'accès aux soins. En augmentant brutalement le forfait hospitalier, le gouvernement cherche à dresser une barrière financière à l'accès à l'hôpital. C'est le principe même de cette barrière qui doit être supprimé.

Revaloriser la médecine générale en étendant ses missions à des fonctions de santé publique (prévention, éducation sanitaire, alerte sanitaire, épidémiologie). En même temps que la revalorisation légitime des actes médicaux, il est nécessaire d'étendre le tiers payant et donc de diversifier les modes de rémunération des médecins libéraux. Il s'agit d'une mesure de solidarité et d'efficacité de la réponse aux besoins de santé.

Développer les centres de santé. Dans le paysage sanitaire, les centres de santé sont aujourd'hui minoritaires. Les problèmes qu'ils rencontrent résultent de la réduction des moyens de la Sécurité sociale. Parmi les raisons de fond d'un tel intérêt citons en premier lieu le fait que le centre de santé soit un service public : il garantit un accès égal pour tous aux soins de qualité. Mais aussi il s'appuie sur des principes universalistes et solidaires. Il met en place des coopérations là où d'autres prônent la concurrence : le travail d'équipe est le fondement professionnel de son activité. Il met de la distance entre la maladie et l'argent : il favorise l'accès aux soins de tous les patients par la pratique du tiers payant. Il s'appuie sur les sciences et les techniques et cherche à en mettre les bénéfices à la disposition de tous. Il est un outil de proximité. Il peut être un instrument de démocratie sanitaire en travaillant à ce que les personnes concernées s'y investissent. Il permet l'intervention des gens ne serait-ce que parce que ses gestionnaires sont les représentants directs des usagers. De ce point de vue, il est en avance sur toutes les autres structures de soins. Il recherche efficacité et efficience : efficacité sanitaire et sociale, mais aussi efficience économique dans une recherche maintenant largement partagée d'optimisation de l'utilisation des moyens mis à disposition. Il aide à la réduction des inégalités sociales en matière de santé. Il participe bien souvent maintenant à la promotion de la santé au-delà du curatif par la mise en oeuvre d'actions de prévention et d'éducation pour la santé. A ce titre il est véritablement un instrument de santé publique.

Aller, dans la concertation, vers la suppression du secteur 2 à honoraires libres pour les médecins libéraux et des lits privés dans l'hôpital public. En même temps que nous voulons revaloriser les conditions de rémunération et de travail de toutes les formes d'exercice de la médecine nous dénonçons le principe même du secteur 2 à honoraires libres. En effet, il introduit une inégalité d'accès aux soins fondée sur les revenus des personnes. Il n'est justifié par aucun motif d'ordre sanitaire. De même, les structures hospitalières publiques, sans but lucratif par définition, ne peuvent accueillir des lits privés.

Créer un service public pour le maintien à domicile des personnes âgées. S'il faut se donner les moyens d'hospitaliser ou d'héberger les personnes âgées qui en ont besoin, il faut d'abord répondre à l'aspiration très forte de ces personnes à rester chez elles, dans leur environnement. Les aides en ce sens sont très inégales, dépendant de l'engagement et des moyens de collectivités locales ou d'associations. C'est un véritable service public qu'il faut mettre en place avec tout particulièrement un personnel formé, doté d'un véritable statut.

Prendre en compte le vieillissement de la population pour en assurer la prise en charge par la solidarité. Cela veut dire faire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie une prestation de Sécurité sociale : Handicap-Incapacité-Dépendance (HID). Faute d'avoir osé aller jusqu'au bout, le gouvernement précédent a rendu fragile une réforme pourtant indispensable. En faisant, une prestation de Sécurité sociale, par exemple de l'assurance maladie, nous visons à pérenniser cette allocation et à assurer son financement comme pour les autres prestations de Sécurité sociale, y compris avec les cotisations patronales. Nous proposons de l'étendre à tous les cas de perte d'autonomie.

TITRE III : REFORMER LA POLITIQUE DU MEDICAMENT

L'industrie du médicament est un des secteurs d'activité les plus profitables de l'économie mondiale, et notamment de l'économie française. Avec parfois des seuils de rentabilité de l'ordre de 15 %, les entreprises pharmaceutiques font des profits considérables sur le dos des malades et des assurés sociaux.

Car la réalité est que l'industrie pharmaceutique choisit l'orientation de ses recherches ou, selon ses perspectives de profits, en sacrifie des domaines entiers, au mépris des besoins. Elle commercialise sous le nom d'innovation un principe actif à peine remanié et échappe, par ce

procédé, à la tombée dans le domaine public de ses molécules les plus rentables.

En outre, elle détermine seule, depuis la réforme Mattei (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003), le prix de vente des nouveautés que le laboratoire concerné aura lui-même qualifiées d'innovantes. Ajoutée à la liberté depuis longtemps acquise des prix des nouveaux médicaments à l'hôpital, consécutive à l'absence de concurrence sur des molécules très pointues, cette disposition alourdit la facture de la branche maladie de la Sécurité sociale que paient les assurés sociaux.

Pourtant, quoi qu'en dise le gouvernement pour culpabiliser les assurés sociaux, le médicament n'est pas une marchandise comme les autres. Personne ne consomme des médicaments comme il mange du pain.

Se pose, en fait, le problème d'une maîtrise publique de l'industrie pharmaceutique. Ce serait la meilleure réponse aux besoins des malades, avec immédiatement un droit de contrôle des salariés, des professionnels de santé et des associations de malades sur les choix de recherche et de production et sur la fixation des prix des médicaments.

Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent de :

Créer un Conseil national du médicament, composé de représentants des directions et des salariés des laboratoires pharmaceutiques, des chercheurs du public et du privé, de la Sécurité sociale, de la Conférence nationale de santé. Sa mission serait de fixer des objectifs de santé publique à l'ensemble de l'industrie pharmaceutique. L'autonomie de décision de l'industrie pharmaceutique en matière de recherche ou de fabrication des médicaments soulève un grave problème d'ordres éthique et économique. Par quelles raisons peut-on justifier l'abandon de la recherche médicale dans des pans entiers de la médecine ? A-t-on le droit de laisser certaines personnes atteintes de pathologies non rentables, comme les maladies orphelines puisque ne concernant que trop peu de personnes ou comme les populations de pays pauvres n'ayant pas les ressources pour acheter les médicaments, sans moyens de se soigner ? En France, la complexe réglementation qui entoure la mise sur le marché des médicaments et le contrôle de leur efficacité facilitent la liberté de mouvement de l'industrie pharmaceutique. Les firmes ont en tout cas repéré les faiblesses du système et les exploitent à l'envi. L'existence concomitante du Comité économique des produits de santé (CEPS) - qui décide de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) d'un médicament pour l'éternité - et de la commission de transparence de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

(AFSSAPS), qui classe les médicaments en fonction de leur efficacité (service médical rendu, ou SMR) après leur commercialisation, conduit à cette aberration : les firmes pharmaceutiques peuvent faire entrer dans les officines des produits dénommés médicaments sur la base de tests qu'elles réalisent elles-mêmes, produits qu'ensuite la commission de transparence classe parfois dans les catégories de médicaments les plus médiocres pour justifier un remboursement minimal ou nul.

Réorienter l'Agence française du médicament (AFSSAPS) vers un rôle de contrôle et de surveillance sur les médicaments (valeur thérapeutique, prix, prise en charge par l'assurance maladie) dans l'intérêt des usagers. Le problème majeur de la politique du médicament pour l'assurance maladie réside dans la définition du prix des médicaments et de leur valeur thérapeutique. En effet, il n'est pas rare de constater que de nombreux médicaments prescrits par les médecins, et donc remboursés par l'assurance maladie, ont une efficacité thérapeutique faible. Dans ces conditions, lorsqu'il peut leur être substitué un médicament à valeur thérapeutique plus importante, l'agence doit pouvoir administrativement, en collaboration avec le comité économique des produits de santé, obtenir sa disparition des listes des médicaments. Ce principe valide l'idée selon laquelle soit un médicament est efficace, et auquel cas il doit pouvoir être prescrit et remboursé par l'assurance maladie dans tous les cas, soit un médicament n'est pas efficace et il doit être retiré de la liste des médicaments et être commercialisé comme un produit quelconque.

Obliger les industries pharmaceutiques à inscrire les molécules innovantes sur la liste des médicaments remboursables. Certains médicaments considérés comme très utiles n'ont pas été ou ne sont pas actuellement remboursés car la demande n'a volontairement pas été faite par l'entreprise exploitante. Dès lors certains laboratoires, ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché, ne déposent pas de demande de remboursement par l'assurance maladie. Cette démarche permet aux industriels de la pharmacie d'éviter que des médicaments à service médical rendu important (les molécules innovantes) restent en dehors de toutes les procédures visant à autoriser leur remboursement par l'assurance maladie et conséquemment à fixer un prix raisonnable pour ce médicament. Très concrètement, il s'agit d'éviter toute liberté du prix des médicaments pour permettre de les rendre ainsi accessibles aux malades. D'une façon générale, il faut tendre vers l'idée que le prix d'un médicament doit pouvoir être revu à la baisse, passée la période d'amortissement des frais liés à son expérimentation.

Représenter la société civile, les professionnels de santé, les syndicats dans l'Agence européenne du médicament. La récente fusion Sanofi-Aventis montre la nécessité d'instaurer un pouvoir de contrôle qui

dépasse le cadre du territoire national afin de faire face à ces géants de l'industrie aux pouvoirs financiers gigantesques. Dans un cadre européen, il est nécessaire d'introduire un pouvoir de contrôle à la hauteur des enjeux. La représentation de toutes les composantes de la société civile, du monde du travail et des professionnels de santé pourrait constituer un premier pas dans ce sens.

Contribuer en France à la création d'une agence mondiale du médicament chargée de définir les obligations imposables aux industries pharmaceutiques en matière de recherche pharmaceutique, de production et de distribution des médicaments. Une protection sociale de haut niveau c'est encore une protection sociale qui se préoccupe de la solidarité internationale. Les expériences du sida ou du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) montrent que les maladies ne connaissent pas les frontières. Il est moralement insupportable de regarder sans rien faire l'Afrique sombrer. Mais c'est aussi irresponsable. Déjà le microbe de la tuberculose qu'on croyait avoir vaincu dans les pays riches revient sous une forme plus virulente. Aujourd'hui l'avenir de l'humanité dépend pour une part de notre capacité à obliger les laboratoires des pays riches (80 % de leur chiffre d'affaires se fait dans une partie des pays qui représente 20 % de la population mondiale), à reprendre les recherches qu'ils ont abandonnées sur les maladies des pays pauvres jugés non solvables, à fournir à ces pays les médicaments qu'ils ne peuvent se payer ou à autoriser les pays pauvres en état de catastrophe sanitaire à déroger aux règles de la propriété industrielle. Un accord en ce sens avait été ébauché à l'assemblée de Doha de l'Organisation Mondiale du Commerce. Les USA, mais aussi la Communauté Européenne, à la demande des laboratoires pharmaceutiques, l'ont fait capoter.

TITRE IV : MODERNISER ET DEVELOPPER LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER

Comme les organisations syndicales le demandent à juste titre, la place de l'hôpital doit faire partie intégrante de la réflexion sur la réforme de l'assurance maladie.

Aujourd'hui, l'hôpital vit une grave crise. Etranglé financièrement depuis plus de vingt ans par les politiques de maîtrise comptable, l'hôpital public n'a plus les moyens de répondre à ses missions. Malgré les appels des personnels de santé, et leurs nombreuses mobilisations ces dernières années, ils ne sont toujours pas entendus par le Président de la République et le gouvernement. Non seulement les moyens nouveaux ne sont pas arrivés, mais fait plus grave, les plans d'austérité, de démantèlement se poursuivent.

C'est d'abord le cas avec le plan Hôpital 2007 qui amorce une véritable privatisation de la santé. L'objectif du gouvernement est d'ouvrir en grand la porte de l'hospitalisation aux grands groupes privés, pour tous les secteurs dits rentables. En conséquence, aux cliniques privées les pathologies et les malades rentables. A l'hôpital public les maladies longues et coûteuses, les plus démunis. Introduite par le PLFSS 2004 la tarification à l'activité s'inscrit dans une logique de concurrence et non pas de complémentarité entre l'hôpital public et le secteur privé. Ces décisions ont amplifié l'étouffement de nos hôpitaux publics.

Les parlementaires communistes et républicains rejettent avec force ce plan qui, en transformant l'hôpital en une entreprise comme les autres, mettant en compétition les établissements entre eux, ne manquera pas d'entraîner la sélection des malades, des retards dans l'accès à l'innovation. Cela renforcera encore davantage les inégalités sociales et géographiques devant l'accès aux soins.

La spécificité, les missions de service public de l'hôpital reconnues, doivent être réaffirmées et non gommées ; l'ensemble des éléments de comparaison entre les deux secteurs doit être posé.

Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :

Exiger une démocratisation du fonctionnement de l'hôpital depuis les services jusqu'au niveau du conseil d'administration. Les conseils d'administration ont été vidés de tous réels pouvoirs au profit des ARH, que nous proposons par ailleurs de supprimer. Les conseils d'administration doivent pouvoir acquérir le rôle de décider réellement de l'avenir de l'hôpital. Y siègent des représentants du personnel, des élus locaux, des associations de malades, des représentants des assurés sociaux. Ainsi, la présidence par le maire ou par un élu de la collectivité correspondant au territoire de l'hôpital retrouvera son sens si le conseil d'administration joue un rôle réel d'orientation politique de l'hôpital. Les médecins, mais aussi l'ensemble du personnel, doivent être reconnus, chacun à leur place, comme participant en tant que tels à la gestion hospitalière à tous les niveaux.

Accroître les moyens financiers et humains accordés à l'hôpital pour lui permettre de remplir efficacement ses missions dans l'intérêt des malades. Etouffé par des budgets toujours plus étriqués, complètement déconnectés des réalités du terrain, l'hôpital a besoin de nouvelles perspectives de financement, en portant une attention toute particulière au service des urgences. Par ailleurs, l'Etat et non plus la Sécurité sociale, ou

pire encore le privé comme le prévoit « Hôpital 2007 », doit prendre en charge le financement de ce qui est de sa compétence (formation professionnelle, recherche, investissements immobiliers et de gros investissements).

Supprimer les taxes et impôts que l'Etat prélève sur les Hôpitaux. Il s'agit de la taxe sur les salaires, la TVA et la sur-compensation de la CNRACL qui grèvent chaque année plusieurs millions d'euros qui pourraient être réinvestis utilement dans le fonctionnement et dans la modernisation de l'hôpital. Par exemple, la seule taxe sur les salaires est équivalente à 40 000 emplois. Le gouvernement a supprimé cette taxe pour les banques et refuse de la faire pour les hôpitaux.

Contractualiser le financement des hôpitaux. Cette contractualisation se réalisera en fonction de l'activité réelle des structures, des besoins de santé de la population concernée et des objectifs de santé définis nationalement et régionalement. Dans les faits, il s'agit de sortir du budget global qui étrangle financièrement l'hôpital, comme de la tarification à la pathologie ou à l'activité qui pousse à la sélection des malades.

Instaurer un moratoire sur les opérations de restructurations hospitalières. La planification sanitaire est légitime si elle a pour objectif de répondre aux besoins réels de la population et non à des a priori budgétaires qui visent à la fermeture de services ou de structures. Elle nécessite un fonctionnement exemplaire de la démocratie ou les élus locaux, toutes les catégories de personnels hospitaliers, les associations de malades et d'usagers soient étroitement associés.

TITRE V : REpondre au défi de la pénurie de professionnels de santé

Les problèmes relatifs à la démographie des professions de santé ont été mis au jour par le rapport BERLAND de novembre 2002.

Ce rapport permet de tenir compte à la fois du mouvement démographique relativement descendant des professions de santé et du mouvement démographique général ascendant de la population française (l'INSEE projette une augmentation démographique de 6 % pour 2020) et particulièrement des personnes âgées dont les besoins de soins sont plus importants. C'est la conjugaison des deux courbes qui pose problème.

L'ensemble des projections effectuées à 20 ans ou 40 ans montre que le nombre des médecins en exercice tombera inéluctablement, d'ici à 2010-2012, compte tenu de la baisse régulière depuis 20 ans du *numerus clausus* à l'entrée de la faculté de médecine et de la durée des études de médecine. Parallèlement, une note de la DREES (ministère de l'emploi et de la solidarité) de mars 2002 signale que la densité médicale arrivera inéluctablement à 305 médecins pour 100 000 habitants en 2012. Elle note que si l'on voulait maintenir ce niveau de densité médicale pour les années suivantes, il faudrait accroître immédiatement le niveau du *numerus clausus* jusqu'à 9 250 étudiants et le maintenir ainsi pendant 10 ans au moins ! Elle ajoute que pour conserver une densité médicale égale à celle d'aujourd'hui, le niveau de ce *numerus clausus* doit être encore plus relevé que ces projections. Nous sommes donc très loin du compte avec l'annonce d'un *numerus clausus* porté à 7 000 sans préciser le délai.

Un autre phénomène doit aussi être pris en compte dans l'évolution à long terme de la couverture médicale de la population, notamment sur le plan hospitalier : le vieillissement du corps médical. Plus de 40 % des médecins auront 55 ans et plus en 2013 et l'âge moyen des médecins sera de 50 ans en 2011.

Ce vieillissement des effectifs pourrait affaiblir brutalement la couverture et l'activité hospitalières au moment du départ massif en retraite des générations les plus nombreuses, vers 2015-2020. Dès à présent, les premières spécialités médicales touchées par le phénomène de non renouvellement sont la pédiatrie, la gynécologie, l'anesthésie-réanimation et la chirurgie. Le risque est grand de voir disparaître de cette manière d'ici l'échéance, de nombreuses filières de compétences médicales.

Le problème est aussi aiguë pour les infirmières et pour la plupart des professions para-médicales. Si à la suite des luttes hospitalières de 2000 et 2001, le nombre d'infirmières sortant des écoles est passé de 18 270 en 1999 à 26 000 en 2001, la pénurie reste forte dans la plupart des services hospitaliers. Ainsi les créations de postes arrachées dans les luttes pour les 35 heures n'ont pas pu être pourvus.

S'ajoute là aussi, les perspectives problématiques résidant dans le vieillissement des effectifs et les départs massifs en retraite à partir de 2010.

Ainsi, pour les infirmières toujours, le rythme de croissance des effectifs sera toujours important jusqu'en 2006, où il commencera à ralentir jusqu'en 2020 pour cause de départ en retraite. Il y a dans cette perspective la nécessité d'une augmentation significative des quotas d'entrée dans les écoles d'infirmières.

« Alors que le nombre de professionnels de santé n'a jamais été aussi important, il semble que le manque n'a jamais été aussi marqué par la profession elle-même quel que soit le secteur d'activité » (dixit Pr. Y. BERLAND). Cette phrase illustre la question de la capacité de prise en charge des besoins de santé du système de soins actuel, parce que le niveau des besoins a fortement augmenté dans une société où la vie professionnelle et sociale devient de plus en plus difficile.

Compte tenu de ces différents constats, les parlementaires communistes et républicains envisagent non pas de s'engager sur la voie de la déqualification générale des actes mais proposent un plan d'urgence pour la formation de personnels de santé en nombre suffisant à tous les niveaux de qualification et une amélioration du statut des professionnels médicaux et para-médicaux.

Doubler rapidement le *numerus clausus* à l'entrée des études de médecine. Nous proposons d'ailleurs d'engager une réflexion sur l'utilité de maintenir ce *numerus clausus*. Aujourd'hui, on forme 6 500 médecins par an en France et 26 436 infirmières. Or la mise en place de la réduction du temps de travail et l'anticipation des besoins nécessiteraient un relèvement à 9 300 par an pour les médecins et 40 000 par an pour les infirmières. Naturellement, ces besoins de formation doivent être suivis d'outils d'évaluation des pratiques professionnelles et de formation continue.

Ré-ouvrir les écoles d'infirmières, d'aides-soignantes et autres écoles et filières professionnelles fermées ces dernières années. Cette exigence immédiate n'est pas contradictoire avec la réflexion sur le rôle de l'université pour ces formations. Il faut mettre en place un plan d'urgence pour la formation de personnels de santé en nombre suffisant à tous les niveaux de qualification. Dans ce cadre il convient d'imaginer de relancer l'attractivité du métier en assurant le paiement des études paramédicales et la prise en compte de ces années d'études dans le nombre d'annuités ouvrant droit à la retraite par exemple.

Faire le bilan de la suppression du diplôme d'infirmier(ère) psychiatrique et étudier la nécessité de ré-ouvrir cette formation spécifique.

Rouvrir les négociations sur les 35 heures et 32,5 la nuit et engager enfin des négociations sur l'amélioration des retraites dans le milieu hospitalier. Ces négociations sont indispensables si l'on veut améliorer l'attractivité de ces métiers et trouver des candidat(e)s en nombres suffisant.

Assurer la présence de professionnels de santé sur tout le territoire. Selon les études et les projections, la densité médicale arrivera

inéluclablement à 305 médecins pour 100 000 habitants en 2012. Certaines régions luttent déjà contre la désertification de professionnels. Il conviendra d'engager une négociation avec les représentants des professions de santé pour développer un plan de présence homogène sur tout le territoire.

Garantir la permanence des soins des médecins libéraux.

L'Etat responsable de l'organisation de cette permanence des soins sur l'ensemble du territoire doit, selon les endroits et les besoins de la population, être garant de la pérennisation des maisons médicales, de co-régulation des centres 15 ou des astreintes des médecins libéraux.

**TITRE VI : MODERNISER LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE
POUR CONJUGUER SOLIDARITE, JUSTICE SOCIALE ET DEVELOPPEMENT
ECONOMIQUE DANS LE RESPECT DES PRINCIPES FONDATEURS DU
FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE**

La question du financement est la question numéro un à régler compte tenu des comptes de la Sécurité sociale. Aujourd'hui, le trou de trésorerie du régime général représente près de 30 Mds d'euros auxquels il faut ajouter la dette reprise par le CADES qui s'élèvera à 34 Mds d'euros à la fin 2004. En conséquence, le déficit total du régime général se monte à 64 milliards d'euros.

La force de la Sécurité sociale mise en place à la libération résidait dans sa cohérence entre les différentes branches et le lien fait entre les problèmes de santé, de natalité et de retraite avec un financement commun à partir de l'entreprise. C'est cette cohérence que le MEDEF veut détruire en dégageant complètement les entreprises du financement des branches maladie et famille. Il n'accepte de participer au financement de la branche maladies professionnelles-accidents du travail que si elle est entièrement privatisée et de la branche retraite à condition que les cotisations restent bloquées au niveau actuel.

Cette offensive s'appuie sur les politiques mises en œuvres depuis 20 ans, où la CSG sur les revenus des ménages se substitue massivement aux cotisations des entreprises. Ce désengagement est accentué par les exonérations de cotisations patronales, dont le seul effet n'a pas été de créer des emplois, mais de tirer tous les salaires vers le bas.

Parce que la Sécurité sociale est indispensable à un renouvellement élargi de la force de travail, il est normal que l'entreprise reste la source essentielle de son financement.

Il n'y aura pas de développement économique sans efforts pour garantir aux salariés la sécurité et le développement individuel. C'est aussi pour cela que nous pensons qu'il est juste et efficace que la cotisation reste calculée en référence au salaire. En fait la cotisation sociale est une partie des richesses que les salariés produisent dans les entreprises. Elle participe donc de la valeur ajoutée disponible pour les salariés et les entreprises.

Nous affirmons le besoin d'une participation accrue des entreprises au financement de la protection sociale. Et pour contribuer à ce résultat nous voulons tenir compte de l'évolution de l'entreprise et réformer l'assiette de la cotisation patronale. Il s'agit de coller au plus près de la capacité contributive de chaque entreprise qui n'est pas la même pour la multinationale pétrolière et pour la PME du bâtiment.

Se pose enfin la question de la CSG, dont on voit le rôle croissant qu'elle joue dans la fiscalisation du financement de la Sécurité sociale. Déjà elle rapporte plus que l'impôt sur le revenu. Certains de ses fondateurs socialistes la voyaient bien à terme se fondre avec cet impôt. Le MEDEF quant à lui, veut s'en servir pour remplacer les cotisations patronales maladie et famille. Depuis sa création en 1991, elle a permis de faire subir aux seuls ménages la totalité de l'augmentation des besoins de protection sociale. Dans le même temps, les cotisations patronales baissaient. Nous proposons d'aller vers sa disparition en gardant la taxation des revenus financiers et en revenant à la cotisation salariale pour l'assurance maladie.

Il faut consolider le lien entre le financement de la protection sociale et la réalité de la production des richesses dans l'entreprise, avec le souci permanent de l'emploi, du développement des ressources humaines et la nécessité de transformer la gestion des entreprises.

Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :

Moduler le niveau des cotisations patronales. En 1997, le gouvernement avait promis la réforme des cotisations patronales. 5 ans après il n'avait rien fait d'autre que de multiplier les exonérations et accélérer le basculement des cotisations vers la CSG. Pourtant cette réforme des cotisations est urgente. On ne peut continuer à voir des entreprises gagner de l'argent en supprimant des emplois ou en les précarisant et ainsi contribuer toujours moins au financement de la protection sociale tout en augmentant ses dépenses. La réforme que nous proposons veut garder le lien entre la cotisation patronale et le salaire mais avec une modulation du taux dont l'effet global sera d'augmenter les ressources de la Sécurité sociale avec des différenciations tenant compte de la taille de l'entreprise et surtout de sa

politique de l'emploi et de salaire. Une entreprise qui crée des emplois, relève les salaires, fait de la formation pourrait être aidée par une baisse du taux de cotisation alors que celle qui fait le choix du profit financier contre l'emploi se verrait appliquer un taux de cotisation majoré. Les modalités de cette modulation pourraient aussi être un moyen d'aider à l'intervention des salariés dans la gestion de leur entreprise.

L'ampleur du déficit qui s'accumule justifie une hausse immédiate du taux de cotisation des entreprises. En effet, jusqu'ici les déficits ont toujours été mis à la charge des ménages par le moyen de la CRDS. Ce ne serait que justice de faire à leur tour contribuer les entreprises.

Etendre les prélèvements sociaux à tous les revenus financiers au même niveau que les cotisations sur les salaires (actuellement 12,8 %). Les revenus financiers des ménages (hors épargne populaire) contribuent toujours moins que les salaires au financement de la Sécurité sociale. Il y a là quelques milliards à gagner. Mais surtout les revenus financiers des entreprises et des secteurs bancaires et financiers, ces fameux placements financiers si nocifs pour l'emploi, ne contribuent absolument pas au financement de la Sécurité sociale. Leur taxation, au même niveau que les salaires, rapporterait environ 20 milliards d'euros par an à l'ensemble de la protection sociale.

Le remplacement des exonérations de cotisations patronales par des bonifications d'emprunts bancaires ciblés et contrôlés pour la création réelle d'emplois. Le niveau des exonérations de cotisations patronales pour les entreprises s'élève aujourd'hui à plus de 20 milliards d'euros. Le coût pour la Sécurité sociale est de l'ordre de 3 milliards d'euros, les 17 milliards restant sont payés par le contribuable à la place de l'employeur. Cette disposition devait permettre de réduire le coût du travail et donc de créer des emplois. Elle est un échec puisque le niveau d'emplois créés ne s'est pas amélioré sensiblement par cette mesure. Il faut donc trouver un autre moyen d'encourager véritablement à la création d'emplois les entreprises effectivement désireuses de le faire. La bonification d'emprunts bancaires ciblée et contrôlée en est un. Il s'agit de développer une véritable alternative par la baisse sélective des charges financières du crédit. Mais également par la mobilisation du crédit pour sécuriser l'emploi et la formation avec les investissements nécessaires : Faire reculer l'appel aux marchés financiers, en France et en Europe, avec une nouvelle orientation de la Banque Centrale Européenne, une baisse sélective des taux d'intérêt facilitant le recours au crédit pour les projets d'investissements en fonction des créations effectives d'emplois et des mises en formation qu'ils programment, et rendant au contraire le crédit plus cher pour les projets destructeurs d'emplois ou visant une croissance proprement financière.

Le remboursement de la dette patronale (le montant des exonérations non compensées) qui représente plus de 2 milliards d'euros par an. Le paiement des cotisations sociales par les entreprises se fait parfois avec retard. Rendre plus efficace la régulation de notre système d'assurance maladie implique que les entreprises assument le remboursement de leurs dettes. Et le coût pour notre Sécurité sociale résultant de l'impossibilité de les recouvrer pour cause de faillite se monte à 600 millions d'euros par an.

TITRE VII :UNE NOUVELLE GESTION DEMOCRATIQUE DE LA SECURITE SOCIALE

Depuis plusieurs années maintenant, l'organisation de la gestion de la Sécurité sociale est devenue un système complexe et déconnecté des principes démocratiques qui ont présidé à la création de notre système de Sécurité sociale sorti des ordonnances de 1945.

Au fil du temps, nous sommes passés d'une gestion démocratique exercée par les représentants des salariés, élus par eux, à un pouvoir tutélaire de la part de l'Etat reléguant au second plan les partenaires sociaux. Dans le même temps, l'intervention incontournable aujourd'hui de différents acteurs est venue considérablement complexifier l'organisation de la gestion nécessitant du même coup une clarification du rôle de chacun de ses acteurs : l'Etat, les régimes obligatoires, les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances), professionnels de santé, associations de malades et d'utilisateurs.

Dans ce cadre, deux principes doivent être rappelés avec détermination : d'une part, seuls les représentants des salariés sont légitimes pour gérer la Sécurité sociale en raison de la nature même du financement du système de protection sociale et il convient de leur rendre ce pouvoir, d'autre part, les organismes complémentaires ne peuvent pas être considérés sur un même plan que les représentants des salariés élus.

Or, le projet de gouvernement souhaite faire entrer dans le cœur du système les complémentaires santé ouvrant ainsi le risque d'un accès aux soins à deux vitesses. L'introduction des complémentaires au même niveau que les caisses dans une « union nationale de l'assurance maladie » entraînerait la participation de ces dernières à la définition du « panier » de soins remboursables. Or c'est un grave danger qui s'inspire du rapport Chadelat. Cela pourrait conduire à laisser à la Sécurité sociale les pathologies lourdes et les populations démunies, le reste revenant aux complémentaires c'est-à-dire les risques plus légers et les populations solvables revenant aux complémentaires. Dans ce cas de figure ce serait le

creusement des inégalités en matière d'accès aux soins de qualité et la rupture des valeurs de solidarité de la Sécurité sociale.

A l'inverse, nous proposons d'introduire de la démocratie à tous les niveaux de la politique de santé (élaboration des objectifs, fonctionnement des institutions). Il y a urgence à rétablir un fonctionnement démocratique de la Sécurité sociale, afin de rapprocher la Sécurité sociale de chaque assuré social pour définir démocratiquement l'équilibre financier et le niveau de remboursement des soins.

Les Parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens proposent donc de :

Rétablir l'élection au suffrage universel des représentants des assurés sociaux dans les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale. L'élection qui devrait concerner les assurés et leur ayant droits majeurs, se présentera sous la forme de listes syndicales. Les représentants élus devraient constituer l'essentiel du conseil d'administration. Si les représentants du patronat retrouvaient leur place, ce ne devrait être qu'avec un nombre de sièges ne les mettant pas en capacité de diriger de fait ces conseils. Cela nécessite aussi de substituer à la tutelle à priori de l'Etat, un contrôle de légalité à posteriori pour conforter encore les pouvoirs réels aux représentants élus des assurés sociaux.

Créer des conseils de surveillance, pour chaque branche de la Sécurité sociale, regroupant le mouvement mutualiste, les associations et représentants des professionnels concernés. Il s'agit de concilier le rôle des syndicats, dont nous souhaitons revaloriser la place dans la démocratie sociale, et les aspirations légitimes des associations et des professionnels à pouvoir être entendus dans les domaines les concernant.

Il s'agit également de mettre en œuvre à tous les niveaux la démocratie sanitaire. Cela passe notamment par la reconnaissance réelle du rôle des associations de malades, des élus locaux, des syndicalistes et des mutualistes. Tous, au côté des professionnels de santé, ont la légitimité pour définir les besoins de santé et l'organisation géographique du système de soins.

Remplacer les agences régionales de l'hospitalisation par une nouvelle structure régionale de la santé. L'ARH est une structure autoritaire créée par le plan Juppé pour accélérer les restructurations dans une logique de restriction budgétaire. Nous proposons la mise en place d'une structure démocratique ayant une double fonction : définir les besoins

de santé et de soins de la population, répartir les crédits correspondant, affectés à la Région par la Sécurité sociale et l'Etat. Elle serait composée :

- 1) d'élus locaux, syndicalistes, de mutualistes et des représentants des intérêts généraux de la population,
- 2) des principales organisations de malades,
- 3) des représentants de l'ensemble des professions de santé,
- 4) des représentants de l'Etat et de la Sécurité sociale.

Remplacer l'examen annuel d'une loi de financement de la Sécurité sociale par une loi de programmation pluriannuelle des orientations de la politique de santé et d'accès aux soins.

EN GUISE DE CONCLUSION

Toutes ces propositions sont les garantes d'une meilleure prise en charge des soins et autorisent l'égalité d'accès aux soins entre les citoyens dans le respect des principes fondateurs de notre Sécurité sociale.

Dénuées de tout caractère de surenchère sans considération du possible, elles formulent la base d'un projet alternatif qui incite à faire évoluer et moderniser notre système d'assurance maladie, dans le respect des principes qui ont prévalu à sa constitution et en assurant un haut niveau de prise en charge des assurés sociaux. Pour autant, elles ne s'entendent pas comme une vérité absolue et immuable. Elles sont perfectibles et appellent au débat.

En revanche, elles insistent sur la dimension politique de cette future réforme de l'assurance maladie. Constitutif des choix de société, le droit à la santé reste, à n'en pas douter, au cœur des enjeux économiques, sociaux et politiques de notre pays.

Loin de n'être qu'une formulation pragmatique face à un problème de déficit technique, les propositions de réformes avancées par le Medef et reprises par le gouvernement, ou d'autres groupes politiques, masquent les enjeux et transformations sociales qu'elles impliquent. Pourtant, elles tirent inéluctablement dans le sens d'une libéralisation sans borne de la société.

C'est pourquoi, nous, parlementaires du groupe des député-e-s communistes et républicains de l'Assemblée nationale et du groupe des sénateurs communistes, républicains et citoyens, affirmons ces propositions de modernisation de notre système de Sécurité sociale, et plus particulièrement de notre assurance maladie, comme l'expression d'un choix politique porteur d'une visée économique et sociale égalitaire, solidaire et fraternelle.

**CONTRIBUTION DE MADAME MARTINE BILLARD,
MEMBRE DE LA MISSION NON INSCRIT**

MIEUX VAUT PREVENIR QUE GUERIR

REMARQUES PRELIMINAIRES :

L'assurance-maladie, à sa création, visait principalement à payer les indemnités journalières des arrêts-maladie pour couvrir le risque de perte momentanée de revenu pour raisons de santé. Elle s'est alors organisée sur une base professionnelle. Depuis, selon l'esprit de ses créateurs, la prise en compte du risque-maladie se transforme en couverture universelle axée principalement sur la garantie de l'accès aux soins, de plus en plus sophistiqués. Mais aujourd'hui, la réforme de l'assurance-maladie doit être envisagée au regard de la politique de santé publique globale et non uniquement en tant que remboursement de soins, qui ne sont pas, en tant que tels, un indicateur qualitatif de santé de la population.

A ce titre, à l'issue des travaux de la mission d'information sur la problématique de l'assurance-maladie, les députés Verts tiennent à exprimer plusieurs réserves quant à la façon dont a été posé le débat :

Il n'y a pas de réforme possible de l'assurance maladie sans prise en compte de l'ensemble du système de santé, ce qui ne peut se limiter au système de soins. Les députés Verts considèrent que le système français est beaucoup trop centré sur une base curative ce qui induit un moins bon état de santé de la population et un surcoût important pour le système d'assurance maladie. Nous insistons sur le fait qu'il ne peut y avoir de bonne politique de santé sans une politique d'environnement favorable à la santé.

La deuxième question à éclaircir porte sur ce que l'on veut maîtriser : s'agit-il des dépenses totales de santé ou s'agit-il de la part publique des dépenses de santé. Pour notre part nous considérons que si les principes rappelés par le Haut Conseil sont unanimement partagés, il s'agit bien de **maîtriser l'ensemble des dépenses de santé et non de reporter une partie des dépenses publiques sur les usagers.**

Enfin, si la France connaît de bons indicateurs moyens de santé (espérance de vie, par exemple), elle est aussi l'un des pays développés où les inégalités sociales de santé sont les plus élevées. Elles s'ajoutent le plus souvent aux inégalités géographiques : inégalités d'accès aux soins, de distances, de qualités, de permanences des soins et d'informations. Le report

d'un mois de l'ouverture des droits à la CMU et les restrictions apportées par le gouvernement à l'aide médicale d'Etat sont, de ce point de vue, contraire à l'égalité des droits. **La décision de ne pas aggraver les inégalités, mais au contraire de les réduire, doit être centrale dans toute réflexion sur une réforme.**

Le ticket modérateur existe dans notre système de soins. De 20 % en moyenne en 1945, il représente aujourd'hui 30 % pour les honoraires médicaux, 40 % pour les honoraires d'auxiliaires médicaux et les analyses, 40 % pour les médicaments et 20 % pour l'hôpital. Cela implique la nécessité de cotiser à une assurance complémentaire, dont il ne faut pas oublier que la prise en charge est souvent modulée selon l'âge et le montant. En conséquence les français les plus modestes, et ne bénéficiant pas d'un contrat collectif d'entreprise, sont les moins bien remboursés voire n'ont pas les moyens de payer une complémentaire (8 % de nos concitoyens). Comme leur nom l'indique, elles ne remboursent que les soins faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie de base. **Toute baisse de remboursement est donc un report de charge sur les assurés.**

C'est sur cette base, que les députés Verts estiment qu'une prise en charge globale de la santé allant de la non exposition à des risques environnementaux et professionnels jusqu'aux meilleurs soins par une meilleure organisation du système de soins et redéfinissant une autre politique du médicament au service de la santé et non principalement des laboratoires pharmaceutiques, peut permettre de dépenser mieux pour mieux soigner sans forcément augmenter les dépenses.

NOS PROPOSITIONS

1. Une politique de santé en amont d'une politique de soins.

- Pour une santé environnementale
- Pour une santé au travail
- Pour le développement de la prévention et l'éducation à la santé

2. Quelle organisation institutionnelle pour quelle démocratie sanitaire (« la gouvernance ») ?

3. Actions sur les dépenses

- Refuser la culpabilisation individuelle des assurés sociaux
- Sur l'offre de soins et les rapports ville/hôpital

- Sur la politique du médicament
- Sur le dossier médical partagé

4 Actions sur les recettes : les grandes orientations d'un financement pérenne et solidaire de l'assurance-maladie

1. UNE POLITIQUE DE SANTE EN AMONT D'UNE POLITIQUE DE SOINS

La première des économies pour l'assurance-maladie consiste à ne pas avoir à engager des dépenses en réduisant les sources de maladies. En dépit du vieillissement de la population, conséquence heureuse de l'augmentation de l'espérance de vie grâce justement à notre système de santé, la tendance à la croissance des dépenses de santé peut être contrariée si, au lieu de raisonner en termes de soins, nous raisonnons en termes de santé, c'est-à-dire en se dotant d'une politique de santé publique qui agisse sur les causes des maladies, et ne se contente pas seulement de les soigner. Cela suppose d'oser s'attaquer à chaque lobby économique responsable de facteurs de risque. A l'instar de la première révolution de santé du début du XX^{ème} siècle qui a permis de mettre fin aux grandes épidémies infectieuses, **il faut une deuxième révolution de santé publique, qui agisse sur les facteurs de risques environnementaux multiples qui sont la cause du développement des maladies chroniques** : cancers, maladies respiratoires, allergies, diabètes, nouvelles pathologies mentales...

L'accroissement des pathologies chroniques est l'une des causes majeures de l'augmentation du nombre d'Affections de longue durée (ALD), plus de 800 000 recensées en 3 ans dont on sait que leur suivi pèse sur les comptes de l'assurance-maladie. Il serait vain de vouloir réformer l'assurance-maladie en agissant de façon comptable, sans agir à la racine de l'explosion du nombre des ALD. C'est pour cette raison que **le système doit être piloté par des objectifs de santé publique et non par des objectifs comptables.**

a) Pour une santé environnementale

S'agissant des questions de santé environnementale, l'effort doit être mené contre les pollutions et pour l'amélioration de la qualité de l'alimentation. **Il faut avoir le courage de mettre en œuvre les mesures préconisées par les agences de sécurité sanitaire** : agence française de sécurité sanitaire environnementale (AFSSE) et agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA).

Les cancers, autant chez les enfants, chez les jeunes que chez les personnes plus âgées, augmentent très vite : plus de 35 % des cas en 20 ans, grevant d'autant les comptes de l'assurance-maladie, sans garantir un

mieux-être durable aux personnes atteintes. Les tumeurs qui augmentent le plus (comme les lymphome malins non hodgkiniens) ne sont pas liées au tabac. Plusieurs rapports ont souligné les causes multifactorielles et environnementales de l'explosion des cancers en France. **Les pouvoirs publics doivent oser retirer du marché les produits chimiques et alimentaires, notamment les pesticides, dont les risques cancérigènes sont connus.** L'action doit également être menée au niveau européen.

La pollution atmosphérique, due notamment à l'automobile, est responsable de plusieurs milliers de morts par an (entre 6 500 et 9 500 selon l'étude de l'AFSSE de mai 2004), et de l'explosion des maladies respiratoires particulièrement en milieu urbain. La pollution de l'air engendrerait 6 à 11 % des décès par cancer du poumon chez les plus de 30 ans. Lors de la canicule de l'été 2003, ce sont les problèmes de pollution, cumulés aux effets de la chaleur, qui ont provoqué la mort de 15 000 personnes en France.

Sur les questions alimentaires, un effort particulier doit être mené contre la surconsommation de sel (qui provoque 25 000 morts par an par hypertension, par ailleurs l'un des principaux postes de dépense en médicaments) **et de sucre** (source d'obésité et de maladies cardiovasculaires) contenus dans les produits alimentaires préparés. Le principe de précaution doit prévaloir avec **l'interdiction des cultures d'organismes génétiquement modifiés (OGM).**

b. Pour une santé au travail

S'agissant de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels (accidents ou maladies), il faut **tirer les conséquences du drame de la crise de l'amiante** qui coûtera la vie à plus de 100 000 personnes, à raison de 5 000 par an jusqu'en 2020.

Les députés Verts regrettent qu'aucun de leurs amendements allant dans le sens d'un renforcement de la santé au travail, en étendant les moyens d'interventions et d'informations des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) dans les entreprises de plus de 50 salariés, et des délégués du personnel (entreprises de moins de 50 salariés), n'ait été adopté lors de l'examen de la loi de santé publique. Le projet de réforme de l'assurance-maladie ne s'intéresse absolument pas à ce sujet.

Les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doivent se pencher sur les questions des santé environnementale

au travail comme le montre l'explosion des cancers liés à l'exposition à des substances dangereuses.

La politique de santé au travail doit être coordonnée par une **agence nationale de santé au travail, indépendante des employeurs**. La gestion des services d'entreprises et inter-entreprises de santé au travail doit aussi revenir en majorité aux salariés, et non uniquement aux employeurs, même si ceux-ci sont les seuls contributeurs de la branche, car l'exposition des salariés aux facteurs de risques est de la responsabilité des entreprises. **Les associations de victimes de maladies professionnelles doivent être associées.**

Il faut mettre en œuvre un plan quinquennal de santé au travail comprenant, outre la prévention de l'exposition à des substances chimiques, une grande **campagne sur l'ergonomie des postes de travail** pouvant déboucher sur un aménagement des postes de travail, afin de prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS).

La simplification des procédures de révisions du tableau des maladies professionnelles qui facilite l'indemnisation du risque professionnel, est un moyen de réduire les dépenses de l'assurance-maladie, car les dépenses de soins pour les pathologies non reconnues comme maladies professionnelles par les employeurs, sont autant qui pèsent sur la branche de l'assurance-maladie.

Lorsque la maladie est d'origine professionnelle, nonobstant l'inaptitude du salarié à retourner au même poste de travail sanctionnée par la médecine du travail, l'employeur doit garantir au salarié un retour à l'emploi sur un poste de travail adapté. C'est une disposition de justice pour le salarié ainsi qu'une incitation aux employeurs pour qu'ils prennent plus en compte les questions de santé au travail.

Les facteurs de risque de maladies professionnelles, reconnues ou non reconnues, doivent être répertoriés dans le dossier médical partagé personnalisé qui va être mis en place, ainsi qu'auprès de la base statistique de l'Institut de veille sanitaire.

Précarité et conditions de travail difficiles (stress) sont préoccupantes en termes de santé mentale : elles sont la cause de dépressions et de suicides. Elles entraînent une sur-consommation de psychotropes alimentant l'augmentation du poste des médicaments parmi les dépenses de santé.

c) Pour le développement de la prévention et l'éducation à la santé

Il faut arrêter la dégradation de la médecine scolaire et assurer une visite médicale annuelle pour l'ensemble des enfants scolarisés.

Les pouvoirs publics nationaux doivent également promouvoir des campagnes de prévention et d'éducation à la santé du grand public, en associant l'Education nationale, les collectivités territoriales et les associations.

2. QUELLE ORGANISATION POUR QUELLE DEMOCRATIE SANITAIRE (LA « GOUVERNANCE ») ?

En ce qui concerne l'organisation institutionnelle de l'assurance-maladie, les députés Verts estiment que l'on ne peut pas rester au statu quo. Toutefois, ils écartent **toute idée de privatisation ou de privatisation déguisée** par une plus grande place laissée aux assurances privées dans la couverture du risque maladie, car cela ne résout aucun problème de santé publique. Aux Etats-Unis, où le système de couverture santé socialisé est très réduit, le niveau des dépenses y est le plus élevé des pays développés, et les indicateurs sanitaires sont médiocres. L'étatisation doit aussi être écartée, car il faut au contraire clarifier le rôle de l'Etat vis-à-vis de la Sécurité sociale.

La délégation de gestion de l'Etat aux partenaires sociaux doit être confiée, par **des élections régulières dans les organismes des caisses de l'assurance-maladie**, à des représentants des assurés sociaux (syndicats et associations d'usagers), afin de rénover le paritarisme. Les **associations d'usagers** doivent comprendre à la fois les associations de malades et les associations de victimes de risques sanitaires. Quant à la représentation des **organisations syndicales de salariés**, quel que soit le système prévu pour organiser les élections, celui-ci ne doit pas se limiter aux confédérations reconnues représentatives par l'arrêté interministériel de 1966 ce qui exclurait des syndicats propres à la fonction publique ou des confédérations apparues depuis lors.

Il ne peut y avoir non plus de véritable délégation de gestion si aucun des partenaires n'a de compétences pour fixer le montant des recettes de chacune des sources de financement prévues. Quant à savoir si la délégation de gestion aux partenaires sociaux donne un caractère contraignant aux objectifs de dépenses, cela ne peut être envisagé que si les administrateurs sont légitimes, à savoir s'ils sont issus d'un processus électif. Dans l'immédiat, il convient de conserver les lois de financement de la sécurité sociale, qui, à défaut d'être contraignantes sur l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie, permettent une relative publicité sur

l'utilisation des recettes publiques affectées aux comptes sociaux. Par ailleurs, de même que les objectifs de santé sont définis pluriannuellement, il faut envisager une programmation pluriannuelle des dépenses de santé.

Une structure doit permettre le dialogue entre l'ensemble des acteurs du système de santé. La Haute autorité évoquée par le gouvernement, auquel serait attribué un rôle essentiellement scientifique, pourrait assurer la coopération entre gestionnaires de l'assurance-maladie et les professionnels de santé.

Dans l'immédiat, il est préférable de veiller à une meilleure coordination des trois caisses de base de l'assurance-maladie (CNAMTS, CANAM et CCMSA) plutôt que la mise en place d'une union nationale des caisses (UNCAM), afin que l'instance de coordination puisse conclure les conventions avec les professionnels de santé. En effet, tout projet de consolidation des caisses au sein d'une union nationale demande à ce que soit examiné le poids de chacune d'elle, ainsi que les modalités permettant de **faire vivre la démocratie sanitaire**, au moyen d'élections des gestionnaires. Le principe de l'élection peut plus facilement être envisagé au niveau des caisses de base qu'au niveau d'une éventuelle union des caisses.

Soucieux d'une plus grande lisibilité du public sur les modalités des conventionnements, les députés Verts sont favorables à une union des professionnels de santé pouvant se substituer aux représentants de chaque profession de santé pour contracter avec l'assurance-maladie, au sein d'une union nationale (UNPS). La création d'unions régionales des professionnels de santé paraît également souhaitable. En revanche, ils sont **contre une union des complémentaires**, qui apparaît peu crédible, compte tenu des divergences de philosophie entre les mutuelles et les assurances à but lucratif.

Les députés Verts sont favorables à la **création d'agences régionales de santé**. Il faut coordonner au niveau régional l'offre de soins (entre hôpitaux et médecine de ville) en y intégrant les actuelles ARH. Il faut également coordonner au niveau régional la promotion et l'éducation de la santé, ainsi que la politique de sécurité sanitaire et de prévention des facteurs de risques environnementaux et professionnels.

Ils sont également favorables à la **création d'un institut des données médicales**, constitués sur la base des statistiques actuelles de l'assurance-maladie pour la médecine de ville et du PMSI (programme de médicalisation du système d'information) pour les soins à l'hôpital, en respectant les règles habituelles de déontologie, en ce qui concerne l'anonymat des données. Cependant, tout outil statistique, recensant les actes

de soins, doit être **croisé avec les données statistiques sur les de besoins de santé** collectées par l'Institut de veille sanitaire, afin que les éléments chiffrés sur la politique de soins ne se substituent pas à l'évaluation globale de la politique de santé publique.

3. ACTIONS SUR LES DEPENSES

c) Refuser la culpabilisation individuelle des assurés comme politique de financement

La maîtrise des dépenses ne peut à elle seule assurer l'équilibre financier du système sans remettre en cause la qualité de la couverture maladie. La non prise en charge de pathologies par les soins adéquats pour raisons d'économies dans le court terme, est rapidement source d'aggravations des maladies, avec des effets comptables négatifs, au final.

S'il est légitime d'évaluer l'utilité sanitaire de toutes les dépenses effectuées sur les comptes publics de l'assurance maladie, ni la maîtrise comptable, ni la maîtrise médicalisée des dépenses ne peuvent être des angles prioritaires d'approche : il faut agir en amont sur les causes des maladies (qui sont de plus en plus des maladies chroniques et non infectieuses), liées à l'environnement, que ce soit d'ordre physico-chimique, biologique, psychique ou social.

Si, aujourd'hui, les arrêts de travail (et donc les indemnités journalières) augmentent, c'est principalement parce que les conditions de travail se dégradent.

Aussi, l'idée de « responsabilisation » des acteurs du système de santé sur les dépenses doit se concevoir collectivement, et non par des formes de culpabilisation individualisées des patients ou des assurés sociaux. En effet, la plupart des dépenses de santé que ces derniers engagent nécessitent, hormis d'éventuelles fraudes au demeurant minimes, l'accord des professionnels de santé prescripteurs et/ou des industries de santé (médicaments, matériel...). **Toutes les formes envisagées de déremboursement avec un reste à charge systématique pour les patients** (ticket modérateur, franchises forfaitaires annuelles par foyer, franchises par actes, franchises par boîte de médicaments ou paniers de soins, etc.) **ne peuvent en aucun cas faire figure de « responsabilisation »**. Les députés Verts rejettent donc toute « franchise » qui n'apporte aucune solution en terme de santé publique et sont **particulièrement injustes et inégaux socialement**.

Les députés Verts s'opposent particulièrement à l'augmentation du forfait hospitalier et à l'introduction d'une franchise d'un euro par feuille

de soin ; ce qui revient, pour la consultation d'un généraliste, à dérembourser, en faisant tomber de 70 % à 65 % la prise en charge par l'assurance-maladie. De plus, cela risque d'entraîner une nouvelle inégalité, car, même en cas d'accord avec les mutuelles pour ne pas prendre en charge cet euro (dit « d'ordre public »), rien n'empêchera les assurances privées de le faire.

Il faut, au contraire, associer les assurés dans la prise de décisions des organismes d'assurance maladie via leurs représentants, afin d'en faire de véritables acteurs (et non des sujets) du système, et en développant une politique de promotion et d'éducation à la santé.

S'agissant de la responsabilité des professionnels de santé, celle-ci ne peut en aucun cas être réfléchie comme l'avait fait le plan Juppé, avec une seule logique comptable, mais en redéfinissant la politique de santé (notamment la politique d'offre de soins) qui redonne du sens au travail de chacun. Les éventuelles sanctions à l'encontre des professionnels de santé qui manqueraient aux obligations de leur conventionnement doivent être individuelles et progressives, et ne pas apparaître comme une punition collective contre la profession. Ce n'est que dans des cas ultimes, et à la suite d'avertissements, que la sanction pourrait aller jusqu'au déconventionnement.

De façon générale, on ne peut guère séparer la responsabilisation des patients et la responsabilisation des professionnels et des établissements de santé. S'agissant des fraudes le plus souvent observées, celles-ci mettent quasiment à chaque fois en cause et des patients, et des professionnels de santé. En outre, les cas de fraudes à la carte Vitale ou de sur-prescriptions sont mineurs dans les équilibres financiers globaux. Il y aurait toutefois certainement à intervenir dans le domaine des transports sanitaires, où des cas de surfacturation ou de sur-codification d'actes non effectués ont été recensés (voir rapport de l'IGAS), ainsi qu'en chirurgie esthétique.

En outre, les députés Verts ne sont pas favorables à l'ajout d'une photographie sur les cartes Vitale, car le coût d'une telle mesure est bien supérieur aux économies que l'on peut en attendre. Cela n'a aucun intérêt.

b) En matière d'offre de soins et des rapports ville/hôpital

Les députés Verts insistent particulièrement sur la nécessité d'une **meilleure articulation ville/hôpital**. Ce point aurait même dû être davantage développé par la mission d'information afin d'avancer des propositions plus concrètes.

L'hôpital concentre sur lui la moitié des dépenses de santé. Les relations avec le système de santé de proximité sont devenues déséquilibrées, comme l'illustre la saturation des services d'urgence par des demandes qui devraient être traitées en amont. On recense jusqu'à 2/3 de « fausses urgences » dans les services d'urgence. Cependant, pour certains de nos concitoyens à faibles revenus mais ne bénéficiant pas de la CMU, l'hôpital est le seul endroit où ils peuvent recevoir des soins, sans avoir à faire l'avance des frais. Toute politique de désengorgement de l'hôpital doit en tenir compte.

Il convient de recentrer l'hôpital sur ses missions fondamentales : former, être un centre de référence technique, traiter les cas les plus lourds. L'hôpital doit être déchargé de ce qui n'est pas sa mission, qui est pour l'essentiel du soin référencé, le plateau technique, l'accueil 24 heures sur 24.

Cela n'est possible qu'à condition de développer, dans le même temps, un système de santé de proximité, à travers, par exemple, la création de « **maisons de santé** » libérales interprofessionnelles, comme le proposent quatorze organisations représentatives de professionnels de santé divers, dont le syndicat de généralistes MG France. Elles rassembleraient en un même lieu, différents professionnels libéraux, et plus particulièrement des généralistes, des infirmières, des kinésithérapeutes et des travailleurs sociaux. Elles disposeraient de personnels administratifs et médicaux leur permettant de remplir l'essentiel des missions des actions de santé en soins primaires. Elles accepteraient le tiers-payant, ce qui permettrait de **soulager l'hôpital**. Installées dans des lieux identifiés comme des « permanences de soins », les « maisons de santé » participeraient au travail de prévention (tant du dépistage que de l'éducation à la santé) et permettraient de décharger d'autant l'hôpital.

Dans le même temps, les réseaux ville/hôpital doivent être développés. Ils sont une réponse intéressante à la nécessaire réorganisation de l'offre de soins. La complémentarité entre médecine hospitalière et médecine de ville est particulièrement nécessaire pour certaines pathologies (soins palliatifs, douleurs chroniques, maintien à domicile, maladie mentale).

La région apparaît comme le niveau le plus pertinent pour définir les besoins et l'offre de soins existante, pour permettre une véritable politique de santé en fixant des orientations et en incitant à des optimisations. La région doit aider au développement des réseaux par l'aide de dotations particulières, d'aménagements statutaires, d'incitations et de compensations financières.

Le financement de l'hôpital doit tenir compte du fait que l'hôpital public, notamment les CHU, supporte des charges que ne supporte par le privé ; urgences, recherche et enseignement. Il faut éviter une évolution où les hôpitaux publics ne prendraient en charge que les soins lourds et coûteux, le secteur privé se réservant les activités les plus lucratives et sans risque. De ce point de vue, la tarification à l'activité (T2A) prévue par le plan Hôpital 2007 est préoccupante : elle risque d'introduire des inégalités entre secteur public et secteur privé, et peut entraîner une course à l'augmentation de l'activité entraînant un résultat contraire à celui recherché. Le secteur privé doit être intégré dans la filière des soins publics, en lui attribuant des missions de service public assorties d'un cahier des charges.

La régionalisation du système de santé ne doit cependant pas remettre en question le statut national pour les personnels hospitaliers. **Les députés Verts proposent que la formation médicale initiale soit financée par l'enseignement supérieur (budget de l'Etat) et la recherche financée sur le budget de la recherche**, parce qu'il n'est pas normal que les assurés sociaux les financent au travers du budget de l'assurance maladie.

Parmi les économies possibles à l'hôpital, une attention particulière doit être portée à la politique d'achat. **Il n'y a aucune raison que les médicaments et les matériels soient plus chers à l'hôpital que pour la médecine de ville.** La mise en place de **centrales d'achat** permettrait de meilleures négociations avec les laboratoires pharmaceutiques et les fabricants de matériels de santé.

S'agissant de la médecine de ville, la rémunération à l'acte, associée au libre choix du patient, est source d'inflation des dépenses. Ce système accroît les dépenses de santé de 11 % par rapport à d'autres modes de rémunération, **les députés Verts sont donc favorables à d'autres systèmes de rémunération que le paiement à l'acte** dans un certain nombre de situations, notamment pour les ALD. Les députés Verts sont également **favorables à la maîtrise de l'installation de praticiens libéraux** dans les zones en surdensité médicale dans certaines spécialités, et sont pour inciter à l'installation dans les zones en manque de médecins. L'augmentation du numerus clausus n'a de sens que si elle est accompagnée d'une politique de contrôle des nouvelles installations.

En ce qui concerne la démographie médicale, les députés Verts sont favorables à ce que l'autorisation d'exercer soit donnée dès à présent aux médecins étrangers ou de nationalité française titulaires de diplômes extra-communautaires qui ont été reçus à l'examen de Certificat de synthèse clinique et thérapeutique régi par la loi de 1972, modifiée en 1999, et dont la procédure a pris fin en décembre 2003, sans qu'aucun aménagement ne soit

prévu pour les praticiens reçus qui étaient en attente d'autorisation et se retrouvent exclus. A plus long terme, ils demandent que les statuts des médecins étrangers dans les hôpitaux publics soient revus.

c) En matière de politique du médicament

Les médicaments représentent un poids croissant dans les dépenses de santé. Les coûts de recherche et de production sont en augmentation considérable, ainsi que les prix de vente des médicaments. Le secteur du médicament pèse aujourd'hui près de 24,5 milliards d'euros, soit environ 20 % des dépenses de santé, et progresse au rythme annuel de 10 % par an. Les dépenses de marketing des industries pharmaceutiques représentent 15 % du chiffre d'affaires de cette industrie dont les actionnaires se nourrissent des capacités de remboursements des assurés sociaux consommateurs, par l'assurance maladie. La recherche privée des laboratoires pharmaceutiques est conditionnée par la rentabilité financière potentielle d'un médicament, et non par l'intérêt sanitaire. Dans le même temps, le taux d'utilisation des génériques en France, quoiqu'en augmentation depuis 2002, reste en deçà de celui de nos voisins européens, notamment l'Allemagne.

La mission parlementaire sur l'assurance-maladie ne peut passer sous silence la question de la non-transparence de la fixation du prix du médicament dont sont captifs les assurés sociaux. En effet, la création de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) n'a pas permis de faire émerger un point de vue de santé publique indiscutable sur le médicament. On observe des écarts considérables de prix entre les anciens et les nouveaux médicaments, alors que le progrès thérapeutique allégué peut s'avérer non démontré ou résolument nul. Ne faudrait-il pas revenir sur la possibilité, obtenue par les laboratoires pharmaceutiques dans la Loi de financement de la Sécurité sociale 2003, de fixer à leur guise le prix de vente des molécules qu'eux-mêmes qualifient d'innovantes ?

Pour les députés Verts, la politique de développement des génériques doit être poursuivie, notamment en renforçant le droit de substitution des pharmaciens par les génériques et en permettant peut-être à terme le premier renouvellement de prescriptions de médicaments des malades en ALD, par les pharmaciens.

Il paraît très important de modifier le conditionnement des médicaments pour permettre des ordonnances sur mesure, et éviter tout gaspillage et surcoût inutile.

Une mesure phare serait de prescrire de façon systématique en « dénomination commune internationale (DCI), afin de valoriser les molécules génériques et sortir le médicament d'une logique marchande de marque commerciale, incompatible avec les enjeux de santé publique.

Le service rendu d'un médicament doit être évalué de façon transparente. S'il est insuffisant et qu'il existe d'autres médicaments plus efficaces, le médicament concerné doit être retiré de la liste des médicaments remboursables. Soit un médicament a un service médical rendu (SMR) réel et il doit être remboursé ; soit ce n'est pas le cas et il doit être sorti du champ du remboursement. En conséquence, **Les Verts sont pour un seul taux de remboursement pour les médicaments.** Ceux qui seraient actuellement remboursés à 35 % et considérés comme utiles doivent voir leur prise en charge portée à 65 %. Les autres ne doivent plus être remboursés.

Les objectifs de recherche et de production des molécules, ainsi que la fixation des prix des médicaments doivent être transparents, avec un contrôle de l'assurance maladie, des associations de malades et des usagers et des professionnels de santé.

Cette politique au niveau de l'AFSSAPS dans le cadre national doit se prolonger par une action de la France au niveau européen afin de transférer la tutelle de la Direction Entreprise vers la Direction en charge de la santé et de la protection des consommateurs, de l'Agence européenne du médicament (EMA). L'EMA délivre déjà la quasi-totalité des autorisations de commercialisation des médicaments dits innovants. Le transfert de tutelle est la base d'une politique du médicament au niveau européen conduite **au nom de l'intérêt sanitaire des populations, et non des intérêts des industries pharmaceutiques.**

d) Sur le dossier médical partagé

Le dossier médical partagé ne saurait être considéré comme la principale réforme à mettre en œuvre. Il doit être un outil, parmi d'autres, dans les mains des différents acteurs du système de santé pour éviter « les doublons » provoqués par le nomadisme médical. Il doit permettre une meilleure sécurité des malades présentant des contre-indications médicamenteuses et éviter les risques d'effets iatrogènes. Il doit permettre une utilisation qualitativement efficace des moyens de l'assurance maladie. En résumé, il doit apporter un plus tant aux assurés qu'à l'assurance-maladie.

Toutefois, le dossier médical partagé n'est en rien une réforme majeure puisqu'elle n'intervient aucunement sur la logique du système et de son organisation.

Les députés Verts sont contre le dossier médical sur la carte Vitale, car la confidentialité des données ne peut être alors garantie. Il faut donc mettre en œuvre une base de données sécurisée, gérée par les organismes de la Sécurité sociale.

En outre, parmi les autres dispositifs et « bonnes pratiques » à mettre en œuvre, les députés Verts sont favorables au strict respect de l'ordonnancier « bizona », pour les patients en ALD, afin de faire appliquer le strict niveau de remboursement correspondant à la pathologie traitée.

4. ACTION SUR LES RECETTES :

Les grandes orientations pour un financement pérenne de l'assurance maladie

Face au déficit de 12,9 milliards d'euros en 2004 de l'assurance maladie, les députés Verts estiment qu'il faut agir immédiatement sur les recettes, sans reporter la question dans un second temps, et sans la déconnecter de la réforme organisationnelle de l'assurance-maladie. Ne pas aborder dès maintenant la question des recettes serait « suicidaire » pour l'assurance maladie.

S'il faut augmenter les recettes, il faut avant tout modifier leur structure.

La couverture maladie et la politique de santé doivent reposer sur une répartition globale et solidaire des richesses nationales dans un esprit de redistribution et de rééquilibrage, notamment par la mise à contribution des richesses du capital par rapport aux richesses du travail. L'idée d'effort partagé doit primer, compte tenu de la situation actuelle de contribution inégale des salariés. L'assurance maladie ayant une vocation universelle de couverture de l'accès aux soins, son financement doit faire participer l'ensemble des sources de richesses du pays et non pas se limiter à la masse salariale.

C'est pour cela que parmi les options évoquées lors de la mission, les députés Verts ne sont favorables ni au retour aux cotisations sociales salariales à la place de la CSG existante, ni à l'augmentation des cotisations patronales assises sur les salaires, ni à la création d'une « TVA sociale » qui

serait une taxe sur la consommation injuste socialement. Ils prônent le statu quo actuel concernant les taux de cotisations assises sur les salaires. Ils sont favorables à la compensation des exonérations de cotisations actuellement non compensées qui se montent à environ 3 milliards d'euros. Les députés Verts remettent en cause la politique même de ces exonérations dont ils contestent l'utilité économique, d'autant plus qu'elle est appliquée sans distinction de taille des entreprises et sans contrepartie sociales ou environnementales justifiables.

Par ailleurs, la part des salaires dans le partage de la valeur ajoutée a baissé de plus de 10 points en 20 ans. A défaut d'une revalorisation générale du niveau des salaires, par rapport à la richesse produite par les entreprises, **les députés Verts soutiennent avant tout l'élargissement de la CSG aux revenus du patrimoine et aux revenus financiers de placement des entreprises, actuellement non mis à contribution.** Il est estimé que si on appliquait à ces revenus le taux de cotisation patronale à l'assurance maladie, cela rapporterait, toute chose égale par ailleurs, plus de 20 milliards d'euros par an, mais le taux applicable resterait à définir. De plus, il convient de mettre à contribution la valeur ajoutée des entreprises, selon un taux modulé en fonction de la part de leur masse salariale dans cette valeur ajoutée, afin de ne pas pénaliser les entreprises de main d'œuvre. Une telle contribution revaloriserait le travail face au capital, dans la valeur ajoutée nationale. Ces prélèvements seraient assurés par les services fiscaux et versés aux caisses de recouvrement de la Sécurité sociale. **Les députés Verts rappellent que les entreprises sont intéressées à l'état de santé de leurs salariés, et ne sauraient donc se dédouaner du financement de cette santé.**

Si l'option d'une augmentation du taux de la CSG sur les revenus des particuliers devait être également retenue par le gouvernement, en plus des dispositions de l'élargissement de son assiette, il faudrait alors rendre progressive la CSG sur les revenus d'activité, pour en faire un outil de redistribution et de justice sociale ne pesant pas ou pesant peu sur les bas salaires. La CSG ne doit pas être un échappatoire à la progressivité de l'impôt sur le revenu ; ce qu'elle est aujourd'hui. En outre, les députés Verts ne sont pas favorables à l'alignement du taux de la CSG applicable aux revenus de remplacement dans l'immédiat. Les revenus de remplacement de l'assurance-chômage, qui traduisent un moment de difficultés des personnes en recherche d'emploi, ne doivent en aucun cas être davantage affectés. Si une réflexion pourrait avoir lieu autour d'un alignement des taux concernant les hautes pensions de retraites, selon un ou des seuils qui resteraient à définir, cet alignement apporterait une réponse très parcellaire aux besoins de financement et ne doit être envisagé que dans le cadre d'une refonte globale de la CSG rendue progressive. **La proposition gouvernementale**

d’alignement du taux de CSG des retraités imposables, n’est donc pas acceptable en l’état.

Les taxes affectées sur les facteurs à risque sanitaire reconnus doivent être étendues. **Il faut rétablir le versement de la totalité des droits tabac et alcool aux caisses de l’assurance maladie.** En lien avec les objectifs de santé publique, il faut également affecter à l’assurance maladie des taxes portant sur les substances chimiques, les pesticides (dont les effets sont reconnus sur l’explosion du nombre de cancers et autres maladies chroniques), ainsi que sur les excès de teneur en chlorure de sodium (sel) dans les productions de l’industrie alimentaire (générateurs de maladies cardio-vasculaires et d’hypertension). Une taxe sur le travail précaire peut aussi être envisagée, compte tenu de ses effets néfastes sur le stress et sur la santé plus globalement, avec ses conséquences en termes de dépenses d’assurance-maladie.

Les Verts sont pour la mise en place d’un fonds de garantie de cotisation sociale patronale et des cotisations assises sur les revenus des entreprises, afin d’éviter les impayés, notamment en cas de faillite.

En outre, s’agissant de la dette en cours, les députés Verts sont contre l’augmentation ou la prolongation de la CRDS qui transmet aux générations futures le poids de la dette sociale.

EN CONCLUSION

Les députés Verts n’acceptent pas que le gouvernement prenne prétexte du manque de ressources de l’Etat pour justifier l’alourdissement des dépenses à la charge des assurés, alors que parallèlement, le gouvernement **a multiplié les baisses d’impôts profitant aux Français les plus aisés (IRPP, Impôt de solidarité sur la fortune) et les exonérations de cotisations patronales.**