

Propositions des députés Verts à propos de la réforme de l'Assurance-Maladie

MIEUX VAUT PRÉVENIR QUE GUÉRIR

Rapport de Martine Billard

Députée de Paris

Membre de la Mission d'information sur la problématique de l'assurance-maladie

19 mai 2004

Remarques préliminaires :

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

1.a. Pour une santé environnementale

1.b. Pour une santé au travail

1.c. 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

3.a. Refuser la culpabilisation individuelle des assurés sociaux

3.b. Sur l'offre de soins et les rapports ville/hôpital

3.c. Sur la politique du médicament

3.d. 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 santé 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, diabète, 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**.

1.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 lymphomes 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)**.

1.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 de 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.

1.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 démocratie 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 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 dépenses

3.a. 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 minimales, 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 inégalitaires socialement** .

Les députés Verts s'opposent particulièrement à l'idée de franchise d'un euro par feuille de soin ; ce qui revient, pour la

consultation d'un généraliste, à dérembourser, en faisant tomber de 65% à 60% 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.

3.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 pas 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.

3.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 .

3.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 députés 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** .