



Campagne sur la réforme de l'assurance-maladie

Fiches argumentaires

Sept fiches argumentaires sont à votre disposition pour faire connaître et partager nos propositions après le diagnostic établi par le Haut Conseil :

Fiche n° 1 : Le financement

Fiche n° 2 : le périmètre des soins remboursables

Fiche n° 3 : la qualité des soins, une priorité

Fiche n° 4 : pratiques professionnelles, formations médicales, coordination entre les acteurs du système

Fiche n° 5 : efficacité et organisation du système de santé

Fiche n° 6 : mode de financement du secteur hospitalier

Fiche n° 7 : la gouvernance

L'enjeu de la réforme va porter sur deux questions centrales : la part des richesses créées à consacrer à la santé et le niveau du salaire socialisé.

Faire partager cet objectif donnera du sens aux autres propositions de la Cgt qu'il est absolument nécessaire d'aborder en même temps que celles du financement.



Cette fiche correspond à la première partie de la synthèse du rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie « *les grands équilibres* » et au premier chapitre du rapport « *Principaux paramètres financiers et économiques du système de santé français* ».

Quatre points seront successivement abordés :

- ➔ une croissance élevée des dépenses de santé ;
- ➔ les dépenses remboursées ;
- ➔ un déficit structurel ? ;
- ➔ L'indispensable réforme du financement.

Une croissance élevée des dépenses de santé

Le premier constat du rapport du Haut Conseil est la vigueur de la croissance des dépenses de santé et son caractère durable. Selon une étude de la Drees, la consommation de biens et de services médicaux (1) a crû en moyenne de 5,9 % entre 1960 et 2001. Dans la même période, la croissance annuelle du Pib n'était que de 3,2 %. Au cours de cette période, les dépenses de santé sont passées de 3,5 % du Pib en 1960 à 8,9 % en 2002.

Contrairement à une idée reçue, le vieillissement démographique n'explique que très partiellement cette augmentation. Sur la dernière décennie, il n'explique qu'environ 1 point de croissance par an soit moins d'un tiers de la croissance totale. *Le facteur principal de croissance des dépenses de santé est en réalité le progrès technique*, c'est-à-dire l'usage croissant d'équipements lourds et d'actes médicaux à haute technicité, très performants en termes d'efficacité médicale, mais au coût très élevé.

Le second grand constat est que ces dépenses sont fortement concentrées : 15 % de la population exposent des dépenses inférieures à 40 euros par an, 25 % moins de 150 euros et 50 % moins de 470 euros par an. Inversement, 5 % des consommateurs font 51 % de la

dépense. Parmi eux, les 2/3 sont en affection de longue durée (ALD). 1/3 des plus gros consommateurs ne sont pas en ALD, il peut s'agir de personnes ayant connu une hospitalisation courte (moins de trente jours) mais ayant nécessité des actes chirurgicaux lourds, de maladies chroniques non classées en ALD etc. Il est manifeste que ce poste ne s'explique que marginalement par le nomadisme médical (contrairement à ce qu'on voudrait nous faire croire) dont le poids financier est sans doute négligeable.

Les ALD représentent 12 % de la population du régime général, mais mobilisent 48 % de la dépense.

Enfin, l'approche de la mort occasionne de fortes dépenses (14 000 euros en moyenne sur les six derniers mois), soit neuf fois la dépense moyenne, mais le montant de ces dépenses est moindre que ce qui souvent avancé.

Ces éléments montrent que la croissance des dépenses présente *un caractère structurel*. Pour l'essentiel, ce sont les maladies graves, les actes chirurgicaux lourds, le progrès technique et, dans une moindre mesure, le vieillissement de la population (les personnes âgées consommant plus de soins que les autres) qui expliquent la croissance des dépenses de santé et non la surconsommation médicale (même si la France connaît des particularités curieuses comme une consommation d'antidépresseurs et d'analgésiques doubles de la moyenne des pays capitalistes développés).

Si des gains d'efficacité importants peuvent assurément être réalisés par une amélioration du système de soins ou le développement de la prévention, il est totalement illusoire de croire qu'on pourrait brutalement infléchir la croissance des dépenses de l'assurance maladie simplement en responsabilisant les patients ou en accroissant le reste à charge, sauf à s'attaquer à la prise en charge totale des ALD ou des actes cotés en K50 (2), ou à transférer massivement les « *petits risques* » sur les complémentaires.

(1) La consommation de services et biens médicaux (désignée par son sigle Csbn dans la suite de la note) correspond à la consommation totale de santé des ménages, que ces dépenses soient ou non remboursées.

(2) Les actes codés en K50 correspondent aux actes chirurgicaux les plus coûteux.

On voit l'irréalisme des propositions du gouvernement, qui prétend ramener d'ici 2007 la croissance annuelle des dépenses remboursées par l'assurance maladie à la croissance potentielle soit 4 % par an : rappelons que le taux de croissance de l'Ondam (3) a été de 7,2 % en 2002 et de 6,4 % en 2003.

Les dépenses remboursées

75,7 % des dépenses de santé (CSBM) sont prises en charge par l'assurance maladie, 12,3 % par les complémentaires et 11 % restent à la charge des ménages.

Le tableau ci-dessous permet de passer de la CSBM à la dépense remboursée par l'assurance maladie.

Ce tableau permet de comprendre la structure des remboursements. Les complémentaires prennent en charge largement le ticket modérateur et le forfait journalier, et de manière plus inégale les dépassements. Il y a de fortes inégalités pour ce qui concerne le dentaire et l'optique.

Les dépenses directement à la charge des ménages comportent les dépenses non remboursables (par exemple cures, lentilles oculaires), une bonne part de l'optique et du dentaire (avec de fortes différences entre les complémentaires) et une partie des dépassements

Les assurances complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances privées).

Le rapport comporte des éléments très éclairants sur les couvertures complémentaires :

- 85 % des ménages disposent directement d'une complémentaire ; avec la Cmuc (4) 91 % de la population est couverte ;
- grosso modo, le 1er décile (les 10 % des ménages les plus pauvres) dispose de la Cmuc, qui offre une garantie meilleure que certaines complémentaires. Très schématiquement, les ménages qui ne disposent pas de complémentaires sont concentrés sur le second décile. Il s'agit de ménages pauvres, inactifs ou précaires ;

- il existe de très fortes inégalités dans la couverture offerte par les complémentaires. Les ménages les mieux couverts sont ceux qui disposent de couvertures collectives, abondées par l'employeur, dans les grandes entreprises ou les administrations ;
- les ménages les mieux couverts sont ceux dont les revenus sont les plus élevés.

Un déficit structurel ?

Un point important de la discussion du Haut Conseil a porté sur la question de la part conjoncturelle et structurelle du déficit. Le rapport estime que le déficit 2003 est aux 3/4 structurel.

Le calcul de ce déficit structurel est réalisé en comparant le déficit observé avec celui qu'on aurait obtenu dans des conditions de croissance normale (hors aléas conjoncturels).

Le ministère des Finances estime le taux de croissance potentielle à long terme à 2,5 % de croissance par an. Le problème est que cette prévision de croissance est fondée, entre autres hypothèses sur un taux de chômage d'équilibre de 7 %. Cette notion libérale de *taux de chômage d'équilibre* (5) repose sur l'idée qu'en dessous d'un taux de chômage déterminé, l'inflation repart parce que les salariés exigent des augmentations « excessives ! » de salaires.

Nous récusons cette hypothèse. Pour nous, la croissance potentielle à long terme devrait être basée sur une hypothèse de plein-emploi, par exemple 3 %. Si elle était calculée sur ces bases (ce que nous ne sommes pas outillés pour calculer), la part structurelle serait beaucoup plus faible. Notons que les hypothèses du Conseil d'orientation des retraites étaient basées sur un taux de chômage de 4,5 %. Dans les débats du Haut Conseil, la Cgt a expliqué qu'elle ne remettait pas en cause l'idée que le déficit était en partie structurel. Nous avons proposé l'hypothèse prudente d'un déficit 2003 pour moitié conjoncturel et pour moitié structurel.

	Montant (milliards d'euros)	En %
CSBM	128,5	100,0
Médicaments non remboursables	7,9	6,1
Dépense remboursable	120,6	93,9
Non présenté au remboursement	2,2	1,7
Dépense présentée au remboursement	118,4	92,2
Dépassements	5,7	4,4
Dépense reconnue	112,7	87,7
Ticket modérateur, forfait journalier	15,6	12,1
Dépense remboursée	97,1	75,7

(3) Ondam : objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce sont les dépenses d'assurance maladie rentrant dans le champ de la loi de financement de la Sécurité sociale.

(4) Cmuc : couverture maladie universelle complémentaire. C'est la partie complémentaire de la Cmu qui permet une prise en charge à 100 % des dépenses de santé pour les ménages les plus pauvres.

(5) Connue sous le nom de Nairu : Non Accelerating Inflation Rate of Unemployment.

Il convient de bien se faire comprendre sur la signification de l'expression déficit structurel. *Dire que le déficit est pour partie structurel signifie qu'un retour à la croissance ne serait pas suffisant pour mettre fin au déficit.* Pour nous, cela ne signifie pas qu'il faut baisser les dépenses en déremboursant, mais qu'il faut augmenter les recettes. Cela renvoie donc la question de la réforme du financement. Notons en passant que dans la méthodologie de Bercy, les exonérations de cotisations employeurs non compensées, qui représentent plus de 2 milliards d'euros par an, relèvent de la part structurelle du déficit. Sans ces exonérations, le déficit structurel 2003 n'aurait pas été de 7,9 milliards d'euros, mais de 5,9 milliards d'euros, et le déficit total de 8,6 milliards d'euros au lieu de 10,6 milliards d'euros.

L'indispensable réforme du financement.

Pour le gouvernement, l'augmentation des ressources du régime général est la dernière mesure à prendre si toutes les autres ne suffisent pas. Pour nous, l'augmentation des recettes est indispensable, parallèlement aux autres mesures pour améliorer l'efficacité du système de soins. A fin 2003, le trou de trésorerie du régime général représentera près de 30 milliards d'euros, auquel il faut ajouter la dette antérieure reprise par la Cades (6) (34 milliards d'euros fin 2004). La dette totale du régime général représentera près de 64 milliards d'euros (420 milliards de francs).

Cette réforme du financement devrait s'articuler autour des mesures suivantes :

➤ *remettre en cause les exonérations patronales.* La première urgence est mettre fin aux exonérations non compensées qui représentent, comme on l'a vu, plus de 2 milliards d'euros par an. Mais il faut aller au-delà, et remettre en cause l'intégralité des exonérations patronales, qui représentent 19,6 milliards d'euros en 2003 dont 17,5 milliards d'euros compensés par le budget de l'Etat. ces exonérations, dont la principale est l'allègement unique des cotisations mis en place par la première loi Fillon (celle qui a remis en cause les 35 h) permet une exonération quasi-totale de cotisations patronales au niveau du Smic puis décroît linéairement jusqu'à 1,8 Smic. Ces exonérations, que la Cgt a toujours condamné, présentent deux inconvénients majeurs. Le premier est appelé *trappe à bas salaires* : puisque les exonérations diminuent quand le salaire augmente, l'employeur n'est pas incité à augmenter les salaires puisque le coût salarial total augmente propor-

tionnellement plus que le salaire net. En second lieu, *la compensation par l'Etat conduit à un transfert des cotisations des profits vers les revenus des ménages.* La totalité de l'exonération profite à l'employeur sous forme d'augmentation de l'excédent brut d'exploitation (7) (ou profit brut), tandis que la compensation par le budget de l'Etat est financée à plus de 75 % par les ménages (impôt sur le revenu, Tva, taxe intérieure sur les produits pétroliers). Nous proposons la suppression progressive de l'ensemble des allègements, parallèlement à la réforme de l'assiette des cotisations patronales ;

- *créer un fonds de garantie des entreprises.* Un certain nombre d'entreprises paient avec retard leurs cotisations sociales ou ne les paient pas du tout. Les dettes actuelles représentent près de 10 milliards d'euros, soit 8,9 % des recettes 2002. En général les entreprises finissent par payer, sauf bien sûr en cas de faillite. Les pertes annuelles dues à l'impossibilité de recouvrer les cotisations représentent 600 millions d'euros par an (0,5 % des recettes). Pour éviter que ces dettes pèsent sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale, la Cgt revendique la création d'un fonds de garantie des entreprises alimenté par une cotisation spécifique des employeurs. Rappelons par ailleurs que l'une des responsabilités des Comités d'entreprise est de veiller à ce que ces dernières paient régulièrement et en totalité leurs cotisations (salariés comme employeurs) ;
- *soumettre à cotisations sociale l'épargne salariale.* Selon la Cour des Comptes, la perte annuelle de recettes liée aux différents dispositifs d'épargne salariale (intéressement, participation etc.) est de 4 milliards d'euros par an dont 1 milliard d'euros pour la seule assurance maladie (8). Nous proposons que l'épargne salariale soit assujettie à cotisations sociales ;
- *réformer l'assiette des cotisations patronales.* Nous proposons que l'assiette des cotisations patronale ne soit plus le salaire brut, mais l'intégralité des richesses créées par les salariés (la valeur ajoutée). Cela favoriserait les entreprises de main-d'œuvre et celles qui créent des emplois par rapport aux autres ;
- *faire contribuer les entreprises sur leurs placements financiers.* Une contribution sociale sur les revenus des placements financiers des entreprises pourrait être instituée, au même taux que la cotisation patronale (actuellement 12,8).

(6) Cades = Caisse d'amortissement de la dette sociale. C'est la dette de la période Juppé. Elle est remboursée à partir des recettes de la Crds (contribution pour le remboursement de la dette sociale).

(7) L'excédent brut d'exploitation correspond à ce qui reste dans l'entreprise après paiement des salaires et cotisations sociales et de la taxe professionnelle.

(8) Ce chiffre est repris par le rapport du Haut Conseil.

La question de la Csg

Nous divergeons avec le rapport du Haut Conseil sur la question de la Csg. L'augmentation de la Csg (9) (ou du Crds ce qui revient au même pour les ménages) ne nous paraît pas aujourd'hui la bonne solution pour résoudre le problème du financement.

La Csg représente aujourd'hui plus d'1/3 des ressources de l'assurance maladie. Son rendement est supérieur à celui de l'impôt sur le revenu.

Proportionnelle au revenu, elle est payée par l'intégralité des salariés et retraités (le taux payé par les retraités est néanmoins inférieur), ainsi que par les revenus de remplacement (comme les allocations chômage), alors que seulement 50 % des ménages payent l'impôt sur le revenu.

Contrairement à ce qu'on entend souvent sur l'assiette large de la Csg, son assiette repose à 88 % sur les salaires et les retraites, et seulement 12 % sur les revenus de l'épargne.

Pour le Conseil constitutionnel, la Csg est un impôt. Pourtant, ce n'est pas un impôt comme les autres : elle est proportionnelle au revenu alors que l'impôt est progressif ; elle est affectée à la Sécurité sociale, contrairement

à la règle dite de l'universalité budgétaire qui interdit qu'une recette déterminée soit affectée à une dépense précise. En fait, c'est un prélèvement hybride, mi-impôt, mi cotisation sociale.

La Csg n'est nullement une bonne solution pour faire face aux besoins de financement actuels :

- ▀ assise, répétons-le à 88 % sur les salaires et les retraites, la charge de l'augmentation de la Csg porterait exclusivement sur les salariés et retraités. Les employeurs seraient totalement exonérés ;
- ▀ elle pèserait sur le pouvoir d'achat des ménages ce qui aurait des conséquences néfastes sur la croissance, alors que l'économie française est en quasi récession ;
- ▀ pour les retraités, elle se traduirait par une baisse de pouvoir d'achat, puisque les pensions sont indexées sur les prix. Rappelons que la création de la Csg est première cause de la baisse du pouvoir d'achat des retraités depuis 1990, notée par le Cor. Dans ces conditions, la proposition (10) d'un alignement du taux de la Csg des retraites et des allocations de chômage aurait des effets particulièrement catastrophiques.

(9) Rappelons que la Cgt a toujours été très critique à l'égard de la Csg.

(10) Les retraités payent la Csg au taux de 6,2 %, contre 7,5 % pour les actifs



Campagne sur la réforme de l'assurance-maladie

Fiche n° 2

Le périmètre de soins remboursables

27 février 2004

Le périmètre de biens et de services remboursables représente l'ensemble des produits, actes de soins, d'analyse et de diagnostic, prestations associées (transport), qui fait l'objet d'une prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie.

Actuellement ce périmètre existe puisque l'assurance maladie ne rembourse pas tout.

Pour certaines prestations, sa participation est faible (4,8 % pour l'optique, 13 % pour les appareils auditifs,...). Les organismes complémentaires (Mutualité, Institutions de Prévoyance, assurances privées) apportent un complément à la prise en charge effectuée par la Sécurité sociale.

Deux questions sont déjà en débat :

- ➔ l'ajustement du périmètre de prise en charge ;
- ➔ un nouveau partage des responsabilités entre l'assurance maladie et les complémentaires.

Sur ces deux questions, quelles idées et propositions de la Cgt ?

Pourquoi définir le périmètre de la prise en charge ?

- ➔ Le périmètre de prise en charge n'est pas, par définition, immuable. Il peut évoluer en fonction des besoins, des pratiques médicales, du progrès scientifique. La Cgt considère que ce qui doit prévaloir pour le déterminer, c'est l'objectif de santé. Ce n'est pas la recherche d'économies ;
- ➔ la Cgt est d'accord pour veiller à la bonne utilisation des fonds alloués à la Sécurité sociale parce qu'ils proviennent, pour grande partie, du salaire socialisé des salariés. Veiller à ce que soit justifié ce qui est pris en charge est d'autant plus important que pour certains, la santé est un marché lucratif et source de profit.

A partir de quelles notions définir le périmètre de la prise en charge ?

Tout d'abord, la Cgt rejette toute notion conduisant, comme l'a suggéré le Premier Ministre, à différencier

ce qui doit relever de la responsabilité individuelle et de la responsabilité collective sur des bases subjectives. La notion d'utilité collective, défendue par certains, consiste à déterminer, par un choix politique, les soins que la collectivité accepte rembourser et de ceux qu'elle ne rembourse pas, soit parce qu'elle considère qu'ils sont relativement bénins (par exemple au Danemark on ne rembourse pas les soins dentaires des adultes), soit parce qu'il résulte de « conduites à risque » (c'est l'accident de ski de Raffarin).

La prise en charge doit donc s'appuyer sur des critères scientifiques.

La Cgt propose de retenir quatre notions pour la déterminer :

- ➔ la sécurité des prestations ;
- ➔ leur efficacité thérapeutique (amélioration de l'état de santé) ;
- ➔ leur utilité thérapeutique (il faut qu'elles soient plus efficaces que les prestations existantes pour une même pathologie), ce qui est différent de l'utilité collective ;
- ➔ leur efficience (qui conjugue efficacité thérapeutique et économique). Il ne s'agit pas de privilégier l'efficacité économique (coûts plus bas) sur l'efficacité thérapeutique (plus grande efficacité ou utilité des prestations). Il s'agit de ne pas prendre en charge, par exemple, des médicaments plus chers à l'efficacité égale ou moindre à ceux existants.

Quels critères utiliser pour évaluer l'efficacité thérapeutique ?

La part des maladies chroniques augmente.

C'est le résultat du progrès scientifique et technique qui permet le dépistage précoce de nombre de pathologies et de l'allongement de la durée de vie.

La prise en charge de traitements ne peut donc viser à la seule guérison. Il peut avoir pour objet de maintenir le plus longtemps possible la stabilité de l'état de santé, améliorer la qualité de vie et l'autonomie des patients. Ces évolutions conduisent aussi à devoir faire appel à

davantage de pluridisciplinarité pour optimiser la prise en charge médico-sociale du patient dans son environnement de vie.

Elles impliquent plus de concertation entre professionnels et de nouveaux modes de coopération et d'organisation entre les acteurs du système de santé (exemple réseaux de soins).

Quelle autorité pourrait être habilitée à évaluer l'efficacité thérapeutique et l'utilité des prestations ?

La Cgt propose qu'il s'agisse d'un organisme indépendant, dont la composition doit être pluridisciplinaire.

Il doit être un lieu d'expertise technique et scientifique pour évaluer l'efficacité et l'utilité des prestations sur la base des critères définis ci-dessus.

Il est chargé de faire des recommandations à la Sécurité sociale et à l'État pour déterminer la prise en charge.

La Sécurité sociale est force de propositions à l'État. l'État décide. (Voir gouvernance).

Quel niveau de prise en charge ?

La Cgt se situe dans une perspective de conquête de la couverture sociale. Elle est opposée à tout transfert de prise en charge vers les organismes complémentaires qui provoqueraient des inégalités de santé.

Seule la Sécurité sociale est obligatoire et assure un droit égal pour tous.

D'autre part, les transferts de prise en charge se traduiraient par des augmentations de cotisations dans les organismes complémentaires avec des conséquences négatives sur le pouvoir d'achat.

La Cgt considère qu'il faut, en priorité, améliorer la prise en charge par la Sécurité sociale dans les domaines suivants : optique, dentaire, appareillage.



Campagne sur la réforme de l'assurance-maladie

Fiche n° 3

La qualité des soins, une priorité

27 février 2004

La qualité des soins est présentée comme prioritaire par le Haut Conseil. Il estime que l'amélioration de la qualité passe principalement par une organisation plus efficace du système de soins.

Deux questions sont ici soulevées :

- ➔ le montant des ressources allouées à l'amélioration de la réorganisation du système ;
- ➔ la nécessaire implication des professionnels de santé qui sont les plus à même de donner du sens à la notion de « *qualité des soins* ».

Sur ces deux questions, quelles idées et propositions de la Cgt ?

- ➔ *La nécessité d'injecter les moyens nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins.*

L'amélioration de l'organisation de notre système sanitaire en lien avec l'évolution des besoins sanitaires des populations et le progrès technique est incontestable. La place croissante des maladies chroniques, le vieillissement de la population avec la prise en charge des problèmes de dépendance et de perte d'autonomie que cela implique, suppose de placer le patient au centre du système de soins.

Dans ce contexte, la finalité des prestations de santé est à la fois d'améliorer l'état de santé du patient, mais aussi et surtout, d'améliorer sa qualité de vie.

La Cgt considère qu'une meilleure réponse aux besoins nécessite l'allocation de ressources humaines, financière et techniques correspondantes. En effet, il existe aujourd'hui des instruments censés promouvoir la qualité (procédure d'accréditation, protocoles de soins, règles de bon usage des soins ...), associés à des outils d'aménagement du territoire (contrats d'objectifs et de moyens, projets d'établissement ...). Le problème est que les établissements ne disposent pas des moyens pour les mettre en œuvre. Si l'on arrive à négocier et à s'entendre sur un certain nombre d'évolutions et de changements à mettre en œuvre, les moyens ne suivent pas.

L'exemple le plus flagrant est celui des Contrats d'objectifs et de moyens (Com) qui sont passés entre les hôpitaux et les agences régionales d'hospitalisation sur une durée de cinq ans. Or, la dotation budgétaire globale est établie pour un an. Si la région voit ses moyens réduits du fait de la péréquation budgétaire entre régions, elle sera dans l'incapacité de fournir à l'établissement les ressources permettant la mise en œuvre du Com, ce qui implique pour les deux le non-respect du contrat. C'est pour cette raison que la grande majorité des Com n'arrivent pas à terme.

La Cgt propose de mener une politique de promotion de la qualité axée prioritairement sur :

- ➔ l'allocation de ressources supplémentaires pour mener à terme l'évolution du système de soins nécessaire et promouvoir des soins de qualité. ;
- ➔ la mise en place d'un plan d'urgence emploi/formation permettant de résorber la carence de praticiens hospitaliers qui touche plus particulièrement certaines disciplines et certaines régions et de disposer de personnels qualifiés en nombre suffisant pour répondre aux besoins des patients et les accueillir. Actuellement, on forme 6 500 médecins par an en France et 26 436 infirmières. Le gouvernement a prévu d'augmenter le *numerus clausus* à 8 000/an pour les médecins et à 30 000/an pour les infirmières, alors que la mise en place des 35 heures et l'anticipation des besoins nécessiterait un relèvement à 9 290/an pour les premiers et à 40 000/an pour les secondes, sur cinq ans ;
- ➔ la référence à des objectifs de santé publique différents de ceux de la maîtrise comptable des dépenses. Ces objectifs pourraient viser l'amélioration d'indicateurs sanitaires (taux de morbidité par cancer, taux de mortalité infantile, espérance de vie à la naissance, la fréquence des comportements addictifs ...), qui seraient associés à des indicateurs de développement humain (précarité, facilité d'accès aux soins de proximité, au logement, à l'éducation ...)



- ▀ la prise en considération des conditions de travail des personnels, de l'état des relations sociales, de la qualité de l'accueil, des difficultés d'accès aux soins, des listes d'attentes éventuelles, de l'engorgement de certains services par pénurie d'effectifs... autant d'éléments qui concourent à la qualité des soins.

▀ *La nécessité d'une concertation élargie avec l'ensemble des personnels.*

Cette concertation, propre à toute démarche démocratique, ne peut être réduite, comme cela est proposé, à l'élaboration des instruments et des règles de contrôle de l'activité.

Pour la Cgt, subordonner les professionnels à une concertation de cette nature, les culpabilisent, les placent directement dans la logique de maîtrise comptable des dépenses et ne fait qu'accroître le glissement des fonctions du soin vers les tâches administratives.

La maîtrise comptable des dépenses détourne les soignants sur des activités de justification des dépenses, ce qui est gravement préjudiciable à la qualité des soins, dans le contexte actuel d'intensification du travail et de manque d'effectifs.

La Cgt propose :

- ▀ un élargissement de la consultation des professionnels de santé, qui doit englober les moyens qu'ils estiment nécessaires pour accomplir leurs missions de santé publique, les orientations stratégiques à prendre compte tenu des besoins des populations de proximité, l'organisation et les conditions de travail ... ;
- ▀ la reconstruction, indépendamment de l'hôpital, de lieux de concertation et de négociation où la réflexion de chacun contribue à l'élaboration de la politique de santé publique et aux modalités de bon fonctionnement du système de santé. Pour cela il est essentiel d'améliorer la représentativité des professionnels de santé, dans leur diversité, dans les principales instances décisionnelles de l'hôpital (Conseil d'administration, Comité technique d'établissement). Il est essentiel en parallèle, que ces instances disposent des informations leur permettant d'exercer de réelles prérogatives sur toutes les questions liées au projet d'établissement, aux effectifs et qualifications, à l'organisation collective du travail et aux activités sociales.



Fiche n° 4

Pratiques professionnelles, formation médicale, coordination entre les acteurs du système

27 février 2004

La Cgt formule trois ensembles de propositions :

- ➔ évaluer les pratiques professionnelles, développer la formation médicale continue ;
- ➔ développer les recommandations de bonnes pratiques, mettre en place des références médicales ;
- ➔ améliorer la coordination entre acteurs du système de soins.

Evaluation des pratiques professionnelles et Formation médicale continue

Evaluation des pratiques

Le développement de l'évaluation des pratiques médicales doit répondre à un objectif d'amélioration de la qualité des soins

Les résultats obtenus par l'évaluation des pratiques médicales collectives serviront, entre autres, à orienter la formation médicale continue et initiale des médecins en fonction des besoins identifiés.

Ils serviront à adapter les règles de bonnes pratiques médicales et/ou à en élaborer de nouvelles.

La pratique de tous les médecins doit donc être évaluée régulièrement.

Il en va de l'intérêt du patient qui doit être garanti de la qualité des soins.

Il en va de l'intérêt de la profession médicale qui doit pouvoir faire la démonstration que sa pratique n'est pas défailante.

Une Formation Médicale Continue

On peut définir trois niveaux de besoins :

- ➔ la formation médicale continue répondant aux souhaits et besoins de l'individu praticien ;
- ➔ la formation médicale continue répondant aux souhaits et besoins des partenaires conventionnels, (organisations représentant les professionnels de santé / Cnamts) ;

- ➔ la formation médicale continue ciblée et orientée, nécessitée par les résultats des évaluations, collectives et individuelles.

L'objectif est l'amélioration constante de la qualité des actes médicaux. La promotion de la formation médicale continue constitue un élément fondamental de cette démarche. Les partenaires conventionnels devront s'assurer de l'effectivité de cette formation médicale continue, à défaut en tirer les conséquences.

Le non-respect de l'obligation de formation par un praticien doit conduire à une injonction de suivre une session de formation médicale continue reconnue dans un délai déterminé. En cas de refus de la part du praticien concerné, les instances conventionnelles seront amenées à prendre les mesures nécessaires jusqu'à ce qu'il ait satisfait à cette obligation.

Recommandations de bonnes pratiques et références médicales

Les recommandations de bonnes pratiques

Les recommandations sont des propositions de bonnes pratiques ou de stratégie diagnostique ou thérapeutique, établies méthodiquement, améliorables en permanence, destinées à aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés.

L'élaboration et l'adaptation régulière des recommandations de bonnes pratiques relèvent exclusivement de la responsabilité de la communauté scientifique. Les recommandations de bonnes pratiques sont adressées régulièrement à l'ensemble des médecins.

Les références médicales

Les références médicales sont des critères scientifiques reconnus par la communauté scientifique. Elles permettent de définir les prescriptions et les soins médicalement dangereux et ceux médicalement inutiles.

Les références médicales, d'une part garantissent au patient une sécurité quand il a recours à des soins, d'autre part concourent à l'optimisation des dépenses médicales par la recherche permanente de la qualité des soins.

L'opposabilité des références médicales

Les références médicales sont classées en deux catégories :

- celles qui engagent la sécurité du patient ;
- celles qui ont pour objectif d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité.

Les références médicales qui ont pour objet d'éviter les actes qui pourraient compromettre la sécurité du patient doivent être opposables à l'ensemble des médecins.

Les références médicales qui ont pour objet d'éviter les actes inutiles ou non appropriés par rapport aux exigences de qualité répondent à une logique d'optimisation des dépenses de soins.

Coordination entre acteurs de soins

La coordination entre acteurs de soins constitue un élément essentiel de l'amélioration de la qualité des actes médicaux. Elle concourt par ailleurs à l'optimisation des dépenses de santé en permettant notamment d'éviter les actes et prescriptions redondants.

Le développement de cette coordination doit suivre deux axes : la mise en place d'un dossier de suivi médical et l'encouragement des pratiques coopératives.

Le dossier de suivi médical

Le dossier de suivi médical du patient est la clé de voûte de cette coordination. Il est tenu par un médecin coordinateur librement choisi par l'assuré social, de préférence, mais pas obligatoirement un médecin généraliste.

Le dossier de suivi médical est renseigné et mis à jour par le médecin coordinateur au vu des renseignements

fournis par tous les médecins dispensant des soins à l'assuré, sauf opposition de ce dernier, et dans le respect du secret médical.

Dans le cadre de son adhésion à la convention médicale, le médecin coordinateur s'engage à proposer à ses patients un suivi médical comportant :

- la mise à jour du dossier de suivi médical ;
- la promotion et le suivi d'actions individuelles et collectives de prévention et d'éducation pour la santé, décidées ou validées par les instances conventionnelles.

Dans le cadre de son adhésion à la convention, tout médecin s'engage à adresser au médecin coordinateur dépositaire du dossier de suivi médical d'un patient, sauf opposition de ce dernier, toute information (diagnostique, image, bilan, etc.) nécessaire pour compléter ce dossier.

Le dossier de suivi médical donne lieu à un document de liaison (support papier ou informatique) détenu par l'assuré social.

Ce document de liaison, extrait du dossier de suivi médical, ne comporte que les éléments nécessaires aux médecins appelés à dispenser des soins à l'assuré social, notamment :

- les coordonnées du médecin coordinateur ;
- l'identification et la date de consultation des derniers médecins consultés, classées dans l'ordre chronologique ;
- les thérapeutiques en cours ;
- les informations essentielles concernant l'assuré social qui doivent être connues des praticiens susceptibles de lui dispenser des soins (allergies, groupe sanguin, etc.).

L'encouragement des pratiques coopératives

Il est nécessaire d'encourager les pratiques coopératives par la mise en place de réseaux. Ils doivent être la colonne vertébrale d'une meilleure coordination des soins. Le but premier doit être la recherche d'une qualité optimale des soins dispensés aux assurés sociaux.



Campagne sur la réforme de l'assurance-maladie

Fiche n° 5

Efficacité et organisation du système de soins

27 février 2004

Avec la qualité, l'efficacité est le second axe de priorité du Haut Conseil.

L'efficacité du système de santé renvoie ici à deux questions qui sont déjà en débat :

- ➔ l'articulation entre soins de proximité, qualité des soins et sécurité ;
- ➔ la nature et les modalités de coopération entre l'ensemble des acteurs du système.

Sur ces deux questions, quelles idées et propositions de la Cgt ?

Proximité, qualité des soins et sécurité

Les différentes réformes hospitalières de 1991 et de 1996 visaient à améliorer la qualité des prestations et l'efficacité de notre système sanitaire.

Dans les faits, cette logique qui prévaut depuis une vingtaine d'année a conduit à la fermeture de nombre de petites unités de soins et de structures, sous prétexte que le nombre d'actes étaient insuffisants pour être effectués en toute sécurité.

La Cgt estime aujourd'hui que ces fermetures de structures de proximité sont loin d'avoir conduit à une amélioration de l'efficacité du système et de la qualité des soins. Au contraire, elle note un renforcement de l'inégalité dans l'accès aux soins, un engorgement des services d'urgence et l'émergence de listes d'attente dans les Chu. Elles ont même parfois des conséquences humaines désastreuses, comme en atteste les 15 000 victimes de la canicule de cet été.

La Cgt propose de :

- ➔ tirer enseignements des orientations passées avant de faire le choix de nouvelles fermetures ou de transfert d'activité. Les structures de proximité sont plus à l'écoute du patient et, pour une pathologie identique, coûtent moins cher qu'un établissement plus important. La piste de la télémédecine est ici à creuser, la demande d'expertise à distance peut en effet permettre à certaines petites structures de conserver un volume d'activités importants, activités qu'elles délégueraient à un Chu par manque

d'expertise sur place, sans ces nouvelles technologies. L'usage étendu de la télémédecine permettait ainsi la sauvegarde de nombre de structures de proximité, tout en désengorgeant les urgences des Chu ;

- ➔ sortir de la logique de réorganisation gouvernementale, qui vise à accompagner le manque de personnels qualifiés. La solution la plus adaptée serait de relever le *numerus clausus*. En place et lieu, le haut conseil estime que les problèmes d'intensification du travail, d'usure des professionnels de santé, de pénurie de personnels et de moyens, devraient se résoudre « *si l'on parvient à mobiliser les importantes marges de sous-productivité ou d'offre sur-qualifiée qui dans le système hospitalier dans son ensemble* ». Or, il n'existe pas, à notre connaissance, dans le service public, de structures qui soient en sur-effectifs.

La place de l'hôpital public dans le secteur sanitaire et l'importance de la concertation ville-hôpital

Le haut Conseil fait état d'écart de coûts entre structures privées et publiques allant de 10 à 30 %, en mettant cet écart sur la mauvaise organisation de certaines structures et l'existence de rentes de situation.

La Cgt pense que cet écart de coût est consécutif, entre autres, à :

- ➔ l'importance de la prise en charge sociale dans les hôpitaux publics. Les cliniques privées reportent les cas les plus lourds vers l'hôpital public qui voit donc ces coûts s'accroître, les cliniques privilégiant les actes les plus rentables. Ainsi, si l'on se réfère aux coûts réels enregistrés dans les établissements, on estime, pour des populations défavorisées, des coûts supérieurs à 30 % pour une même pathologie ;
- ➔ les différences de statuts et rémunérations des personnels entre le public et le privé. Il conviendrait d'analyser plus finement les raisons objectives qui sont à l'origine des coûts plus élevés supportés par certaines structures. Mettre sur un même plan les professionnels libéraux, les établissements publics



et participant au service public et les cliniques privées à but lucratifs revient à nier les spécificités de chacun. Quel lien existe-t-il entre un hôpital public sous dotation globale qui a des missions de recherche, de soins de proximité, de formation et une clinique privée financée au prix de journée dont l'objectif est tourné vers la rentabilité financière et l'optimisation de ces profits ?

La Cgt propose :

- ➡ l'organisation d'un débat public sur la place et le rôle du service public ;
 - ➡ l'adoption d'une vision élargie de la santé qui est trop centrée sur le curatif et limitée à la maladie. Pour plus d'efficacité du système, il conviendrait d'inclure dans la politique de santé publique les risques environnementaux et professionnels. Or, l'impact de ces derniers semble particulièrement sous-estimé par les gouvernements actuels, bien qu'ils pèsent de façon considérable sur les dépenses de l'assurance maladie (maladies professionnelles non déclarées comme telles, indemnités journalières d'arrêts de travail en lien avec l'intensification du travail et l'usure professionnelles, dépressions ...)
- ➡ la promotion des réseaux ville-hôpital, comme une réponse possible de la protection sociale et à la marchandisation de la santé. Ainsi, Le fonctionnement en réseau présente des avantages évidents en matière de régulation du système sanitaire. La circulation et le partage de l'information facilitent le transfert des connaissances entre professionnels, ainsi que la recherche des solutions les plus efficaces en vue de l'amélioration de l'état de santé du patient. Il permet ainsi de pallier les faiblesses en matière de formation professionnelle continue et le manque de concertation pluridisciplinaire dans la prise de décision, tout en assurant une prise en charge globale du patient dans son environnement économique, social et culturel et en développant une prévention de proximité. Le patient n'est pas uniquement soigné, mais suivi par une équipe pluridisciplinaire qui lui apporte son soutien. La question sociale est souvent une préoccupation majeure, comme en atteste les insuffisances actuelles en matière de maintien à domicile des malades et des personnes âgées. Il ne fait pas de doute que l'existence de réseaux en Ile-de-France aurait pu fortement contribuer à minimiser les effets de la canicule sur une population fragilisée et isolée.



Campagne sur la réforme de l'assurance-maladie

Fiche n° 6

Mode de financement du secteur hospitalier

27 février 2004

Le Haut Conseil met l'accent sur les progrès permis par la tarification à l'activité (T2A) dans l'amélioration de l'efficacité du système hospitalier, même s'il admet que cette tarification ne résoudra pas tous les problèmes. Or, les progrès afférents à ce nouveau mode de tarification sont loin de faire consensus.

Pour la Cgt, la tarification à l'activité pose :

- des problèmes de mise en œuvre pratiques : nécessaire modernisation des services d'information hospitaliers ; saisie des données entrant dans le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) en temps réel, alors que les établissements enregistrent actuellement des retards de trois à six mois ; réactivation de la chaîne de facturation ...)
- des problèmes de fond :
 - ➔ tout d'abord, nous ne pouvons que douter de la pertinence d'un outil de dotation budgétaire qui reste fondé sur les Ghm, même si ces derniers sont appelés Ghs. Dès lors, on se demande en quoi la T2A constitue un progrès significatif puisqu'elle ne fait que reproduire, tout comme le système précédent, des situations acquises, en les accentuant. Mettre en concurrence deux structures recevant, de par leur localisation géographique, des populations différentes, placerait la structure ayant en charge les personnes les plus démunies, devant le choix d'enlever toute dimension sociale de sa prise en charge, de sélectionner les patients, supprimer des activités ou... de disparaître. La T2A pose, du fait de la sélection des cas les plus rentables qu'elle implique, d'importants problèmes éthiques aux professionnels de santé,
 - ➔ ensuite, il est clair qu'établir une échelle de tarifs à l'échelle nationale, ouvre la porte à la concurrence entre établissements. Ceux qui se situent au-dessus des tarifs devront réduire leurs dépenses sous peine d'être déficitaires. A noter que rien n'est dit au niveau de la mission T2A sur le sort réservé aux établissements défi-

citaires. Seront-ils restructurés ? Sous quelles modalités ? Qui mènera ses restructurations ? Qui en fera les frais ? Les personnels ? En cas de faillites, quelles réactions faut-il attendre de la part de nos concitoyens ?

- ➔ enfin, l'existence de tarifs nationaux par Ghs pourrait en parallèle très bien conduire les assureurs privés à proposer à leurs usagers, des paniers de soins fonction des tarifs les plus compétitifs : la concurrence entre structures n'en serait que renforcée. Nous rentrerions alors dans un système à l'américaine.

La T2A pose la question de la nécessaire évaluation de l'activité hospitalière. Un mode de financement fonction de l'activité ? pourquoi pas... à condition que cette évaluation soit faite à l'aide d'indicateurs représentatifs de la complexité et de la globalité de la prise en charge ; qu'elle tienne compte non seulement des coûts générés par les structures, mais aussi des résultats de la prise en charge (amélioration de l'état de santé, de la qualité de vie, de l'indépendance ou de l'autonomie du patient) ; qu'elle réponde à des notions de santé publique et tienne compte des spécificités des missions de services publics.

La Cgt propose de travailler plusieurs pistes :

- pour le secteur hospitalier, nous connaissons les effets pervers du budget global et ceux prévisibles de la T2A. Il convient donc de réfléchir à un nouveau mode de financement qui serait mixte. Il tiendrait compte, pour une part variable pouvant aller jusqu'à 50 %, des activités des hôpitaux dans toute leur complexité, mais aussi, sous une forme forfaitaire, des missions d'intérêt général supportées par les hôpitaux publics. Afin d'éviter toute course à l'activité, les coûts induits de l'activité réelle des hôpitaux pourraient être fonction d'objectifs concertés définis dans le projet médical d'établissement et déterminés conformément aux besoins des populations locales (indicateurs sanitaires et de développement humain). La priorité devant guider le choix des modalités de financement, est de faire



correspondre l'allocation de ressources, aux moyens humains et techniques nécessaires pour une prise en charge efficace des besoins des populations ;

- ➡ pour le secteur ambulatoire, plusieurs modalités de rémunérations des praticiens existent : le paiement à l'acte par honoraires négociés, le salariat et la capitation (11) qui présente l'inconvénient majeur de favoriser la sélection de clientèle, les médecins

privilégiant les patients les moins *lourds*. L'analyse des différences de rémunération entre les praticiens exerçant dans le secteur ambulatoire est ici un préalable à la réflexion, afin de voir si les écarts existants entre spécialités médicales sont rationnels. Il conviendrait de revoir le montant des honoraires par spécialité, d'une part, de moduler les honoraires en fonction de l'intensité et de la nature des actes effectués, d'autre part.

(11) La capitation est une rémunération au forfait en fonction du nombre de personnes à prendre en charge



La gouvernance de l'assurance maladie

Aujourd'hui ce qu'il est convenu d'appeler la « gouvernance » de l'assurance maladie renvoie à la question du système de gestion de la Sécurité sociale. Un système complexe qui doit articuler l'intervention de différents acteurs :

- ➔ l'état ;
- ➔ les trois régimes obligatoires de la Sécurité sociale ;
- ➔ les différents acteurs intervenant sur tout le champ que couvre la Sécurité sociale.

L'état a pris au fil des différentes réformes une place de plus en plus importante dans le système au détriment de la Sécurité sociale.

L'organisation de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale couvre la maladie, la retraite, la famille, le recouvrement des cotisations.

Chacune de ses branches a une caisse nationale et des caisses départementales et/ou régionales dotées de conseils d'administration.

C'est l'unicité de ces branches au sein de la Sécurité sociale qui peut permettre une réelle Sécurité sociale de la naissance à la mort telle qu'elle a été définie dans les ordonnances de 1945.

Pour maintenir, consolider cette unicité et rendre aux salariés la maîtrise de la gestion de la Sécurité sociale, la Cgt propose :

- ➔ *la définition d'une réelle démarche partenariale de négociation entre l'Etat et la Sécurité sociale ;*
- ➔ *la création d'un conseil national de la Sécurité sociale* composé d'une représentation des quatre branches, chargé de définir, soumettre et négocier des propositions avec l'Etat, notamment pour l'élaboration du projet de loi de financement de la Sécurité sociale ;
- ➔ *des conseils d'administration pour chaque caisse nationale et caisse locale avec des prérogatives étendues ;*
- ➔ *la création de conseils de branche* composés d'une représentation du conseil d'administration de la caisse nationale correspondante et des différents

acteurs intervenant dans le domaine (maladie, retraite, famille, recouvrement), ayant pour mission, chacun dans son domaine de faire des recommandations au conseil d'administration de la branche dont ils relèvent.

L'organisation du système d'assurance maladie

Les acteurs du système

Dans le cadre de la Sécurité sociale, le système de l'assurance maladie se trouve être particulièrement complexe par l'intervention incontournable de différents acteurs :

- ➔ l'Etat ;
- ➔ les régimes obligatoires de l'assurance maladie (régime général, régime agricole, professions indépendantes) ;
- ➔ les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) ;
- ➔ les professionnels de santé ;
- ➔ les associations de malades ;
- ➔ les personnalités qualifiées dans le domaine de la santé.

Les propositions de la Cgt pour l'organisation du système de l'assurance maladie

Au-delà de l'intervention de la Caisse nationale d'assurance maladie des Travailleurs salariés dans l'élaboration du projet de loi de financement de la Sécurité sociale, il convient de préciser le niveau d'intervention de chacun des acteurs du système.

Concernant les négociations conventionnelles avec les professionnels de santé, le Conseil d'administration de la Cnamts, représentant une très large majorité d'assurés sociaux, doit être le pilier de cette organisation.

Ainsi ces négociations, qui sont déterminantes quant au périmètre de soins pris en charge, doivent être conduites par les 3 régimes obligatoires, la Cnamts



ayant voix prépondérantes. Afin d'intégrer les positionnements et problématiques des organismes complémentaires une concertation préalable devra avoir lieu.

Le conseil de branche de l'assurance maladie sera composé par :

- une représentation des conseils d'administration des trois régimes obligatoires ;
- les organismes complémentaires ;
- les associations de malades ;
- les professionnels de santé.

Des élections pour une représentativité démocratique

Avec la suppression des élections des représentants des salariés dans les conseils d'administration des caisses de

Sécurité sociale, la Cgt a perdu la place qui lui revenait et la représentation des salariés dans les conseils d'administration des caisses a été réduite au profit d'intervenants du monde associatif et de personnalités qualifiées désignées par le gouvernement.

Comme le démontre la fiche I sur le financement, le financement étant assis très majoritairement sur le travail salarié (y compris la Csg à 88 %) les partenaires sociaux ont toute légitimité à gérer le régime général de la Sécurité sociale.

Nous avons à reconquérir l'élection des administrateurs salariés pour une représentativité démocratique dans les conseils d'administration, eux-mêmes réinvestis de l'ensemble de leurs prérogatives d'origine, dans un cadre défini par la loi garantissant l'égalité de traitement pour tous, sur tout le territoire.