



# **SANTÉ EN DANGER**

Lille, le 20 Août 2022

## **La Santé et l'Argent : un couple en crise**

### **Penser la Santé comme objet de rentabilité est illusoire**

Mai 2020. La crise Covid met en lumière les difficultés majeures traversées par l'hôpital public. Force est de constater que les choix politico-économiques pour l'hôpital ces vingt dernières années se révèlent mortifères pour la démocratie sanitaire et le droit à la santé. La volonté politique prétendait être un tissu de bonnes intentions ; mais seuls les actes comptent. Les faits sont têtus. Depuis plusieurs décennies, le choix politique d'une gestion marchande de la santé a détruit plus qu'il n'a construit. Et pourtant, organiser le service public de santé sans tenir compte de la gestion financière serait irresponsable à l'égard des citoyens. De facto, la gouvernance de nos hôpitaux implique de faire des choix et de renoncer à certaines réformes. A l'évidence, renoncer à la qualité des soins ne peut figurer dans le cahier de charges d'une démocratie sanitaire digne de ce nom. Et pourtant...

### **L'économie de la santé .... La science des choix**

L' économie politique de la santé s'inscrit dans une démarche hétérodoxe parce qu'elle aborde l'analyse économique d'un point de vue non traditionnel. Son rôle est de contribuer au contrôle démocratique des citoyens sur leur système de santé. Elle agit comme une sorte de contre-pouvoir et permet de porter un regard distancié sur le système .

Pour comprendre, Nathalie Coutinet, économiste de la santé et enseignante chercheuse à l'université Sorbonne Paris Nord définit trois axes de travail importants : l'hôpital public, l'évolution de la prise en charge financière des soins avec l'arrivée du financement privé par les assurances complémentaires et le sujet du médicament.

### **Comment fonctionne l'hôpital public?**

Dès le début des années 80, le pouvoir exécutif cherche à contrôler la croissance de la consommation des soins et des biens médicaux. L'idée générale étant d'amener l'hôpital public à s'inspirer du fonctionnement des entreprises privées, avec des bénéfices toujours plus importants.

En 1996, l'état décrète l'ONDAM (Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie). Voté annuellement par le Parlement, l'ONDAM ne constitue pas un budget mais plutôt un indicateur de maîtrise des dépenses de santé. Cela concerne les soins de ville et

d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux.

En 2004, la T2A (Tarification à l'Activité) fait son apparition. En substance, chaque acte a un prix. L'hôpital est ainsi rémunéré selon le nombre de ses actes chirurgicaux et médicaux. Si le coût réel des soins au patient est inférieur au tarif du Groupe Homogène de Séjours (GHS), l'hôpital gagne de l'argent, sinon, il en perd. Cela amène les hôpitaux à diminuer leur budget de fonctionnement pour ne pas être déficitaires.

Aujourd'hui, la T2A représente 70% des ressources des hôpitaux publics avec comme effets pervers:

- la réduction du personnel;
- une sélection des patients les plus rentables et l'incitation à une sortie précoce de l'hôpital;
- l'incitation des hôpitaux à se spécialiser sur les pathologies les plus rémunératrices;
- une tarification inadaptée pour les patients aux pathologies chroniques et aux atteintes multiples
- une incitation des hôpitaux à choisir, pour chacun des patients, le GHS le plus élevé afin d'augmenter les dépenses.

Cette rentabilité est totalement construite car il n'y a pas de marché. L'hôpital ne vend rien, c'est un service. Il est dépositaire du soin.

### **La délicate question de la prise en charge des soins**

L'actuelle couverture des soins est totalement inégalitaire. Organisée autour d'un système à trois piliers, elle comprend la couverture obligatoire universelle réduite, les assurances complémentaires et les possibles sur-complémentaires.

Il semble indispensable de revenir à un financement des soins par la Sécurité Sociale via la définition d'un panier de soins plus large. Il convient également d'appliquer une généralisation de la complémentaire d'entreprise étendue à tous les salariés (public, privé) et de penser à intégrer une solution pour les libéraux, les étudiants, les retraités, les chômeurs qui n'ont pas accès à des contrats collectifs.

### **L'accès aux traitements**

Depuis 1994, les brevets sont mondiaux et compliquent l'accès aux traitements des populations quels que soient leurs revenus. L'innovation thérapeutique est largement financée par les pouvoirs publics mais les prix des traitements augmentent fortement et les laboratoires pharmaceutiques augmentent largement leur profit.

Il nous semble urgent de revoir les modalités de fixation des prix et des brevets, d'instituer un pôle public du médicament pour les molécules d'intérêt thérapeutique majeurs et d'instaurer de la transparence dans les financements publics à la recherche pharmaceutique.

La pandémie mondiale a également mis en lumière la délocalisation massive en Asie de la production des principes actifs de nos médicaments de base (paracétamol, insuline); mais aussi notre dépendance à l'égard des Etats Unis pour l'accès à certains médicaments innovants. Le contexte géopolitique actuel et les pénuries annoncées de certaines molécules nous poussent également à réclamer la poursuite de l'effort de relocalisation.

## ***“Science sans conscience n’est que ruine de l’âme”***

Suite à la mise en place des indicateurs de rationalisation budgétaire, le système de santé est devenu un système basé sur l’analyse des coûts/bénéfices, avec une logique de rentabilité, de production et de compétitivité en termes de quantité et non de qualité. Pourtant, le but ne devrait pas être de chercher à faire des économies à la Sécurité Sociale, mais faire en sorte que les sommes dépensées dans le système de santé soient justes et efficaces.

Il est aujourd’hui impératif de stopper la fermeture des lits, de repenser la gouvernance de l’hôpital et de reconsidérer à la hausse la rémunération des personnels soignants. Le mode de financement doit évoluer.

Il faut envisager la suppression de l’ONDAM afin de sortir de la valeur marchande du soin et ne plus être contraint de le rationner. L’ONDAM et la T2A sont des mesures administratives sans fondement scientifique, médical ou humaniste. Contrairement à l’économie de la santé qui est une science, une science des choix.

La finance ne doit plus être le moteur de la santé mais doit redevenir un moyen pour permettre la qualité du soin. Démocratie sanitaire doit être au cœur d’un projet sociétal. Les indicateurs économiques n’ont pas leur place dans un système sanitaire robuste basé sur la prévention, le lien social et l’écologie.

### **A propos du Collectif Santé en Danger:**

Fondé le 27 juillet 2020, le Collectif Santé en danger est aujourd’hui une association loi 1901 qui compte près de 6000 adhérents et 230000 abonnés sur les réseaux. Le Collectif Santé en danger, qui possède une antenne représentative par région, défend la parole et les revendications de l’ensemble des professionnels de santé, du privé comme du public ; revendique un rôle d’alerte et de vigie en santé ; dénonce les dysfonctionnements de notre système de santé actuel et se veut force de propositions.

<https://www.facebook.com/groups/287566348977590/>

<https://collectif-sed.org/>

<https://levraisegurdelasante.fr/>

Contact Presse: Christel Baldet, 06.32.28.30.74