

Pilier 2 : Investissement et financement.

- ➔1. **Gratuité intégrale des dispositifs de protection, de dépistage et de soins liés au Covid-19 .**
- ➔2. **Augmentation du prochain budget de la santé (ONDAM) autant que nécessaire pour répondre aux besoins en ville et à l'hôpital défini par une conférence nationale de santé. Budget dédié pour reconstruire la psychiatrie sinistrée. Gouvernance partagée de l'assurance maladie**
- ➔3. **Financement à l'activité et à l'acte réservé aux prises en charge standardisées, développement de financement alternatif (populationnel et par territoire)**
- ➔4. **Revalorisation des salaires des professionnels de santé à l'hôpital, en ville et en EHPAD**
- ➔5. **Financement spécifique des investissements**
- ➔6. **Financement de la prévention et de la recherche sanctuarisé**

Les mesures proposées sont onéreuses et entraîneront une augmentation des dépenses de santé à laquelle concourent aussi l'allongement de la durée de vie et l'augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques. Des économies doivent être faites sur les doublons de frais de gestion, la pertinence des prescriptions et des actes, l'organisation graduée et coordonnée des soins. La lutte contre les prix excessifs des médicaments et des dispositifs médicaux innovants. L'augmentation du coût de la santé, et des recettes de la Sécurité sociale, doit faire l'objet d'un débat démocratique pour que les décisions expriment le choix de la nation sur ses priorités de vie. Les dépenses de prévention, de santé publique, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de recherche sont autant d'investissement pour l'avenir.

Pendant quelques semaines la crise de la Covid-19 a profondément modifié la gestion de l'hôpital. Un budget, permettant « quoiqu'il en coûte » de répondre aux exigences de santé publique, a été promis et devra être effectivement maintenu. Ainsi soutenu le système de santé a pu révéler sa parfaite aptitude à effectuer ses missions. Tirer bénéfice de cette dramatique expérience pour refonder le système de santé passe par la mise en place de modalités de financements renouvelés qui garantissent

1. L'universalité et l'automatisme de l'accès au système de santé, l'égalité face aux besoins de soins et la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.
2. L'exigence du juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité et non la recherche de la « rentabilité » pour l'établissement ou pour le professionnel car, tout acte médical ou prescription non justifié est à la fois inutile voire dangereux pour le patient et contraire à l'éthique. Dans un système de santé égalitaire et solidaire, les dépenses inutiles de certains privent d'autres de soins indispensables.
3. La primauté des intérêts de santé publique sur les intérêts économiques et financiers y compris ceux des industries de la santé.

Le mode de financement actuel répond principalement à la prise en charge des pathologies aiguës bénignes payées à l'acte, des gestes techniques programmés spécialisés du ressort de la tarification à l'activité (T2A). Les missions de prévention, d'enseignement, certains soins spécifiques, ou hyperspécialisés pour des maladies rares, et la psychiatrie reposent sur des dotations annuelles. Quatre problèmes principaux sont à traiter

Contribution CIH

- 1/ La gestion des urgences et des maladies chroniques qui nécessitent des soins en équipes pluriprofessionnelles coordonnées ne sont pas adaptées à une rémunération à l'acte ou par la T2A.
- 2/ les politiques de santé publique sont sous dotées, ne permettant pas la réduction des inégalités sociales et territoriales (mention particulière pour les départements d'outre mer)
- 3/ Au fil des années la régulation prix volume exercée via la T2A a éloigné les coûts réels des prises en charge de leurs tarifs attribués
- 4/ Les dotations allouées à la prévention et à la psychiatrie se sont considérablement éloignées des nécessités de santé publique, avec une paupérisation particulière en psychiatrie.

I Le socle du financement est l'assurance maladie.

Elle assure le financement des dépenses de santé incluant les dépenses de prévention. En pourcentage de PIB consacré à la Santé, la France se situe en 3^{ème} position des pays de l'OCDE avec l'Allemagne(11.2%), après la Suisse (12.2%) et les Etats Unis (17.2%), mais elle n'est qu'en douzième position en dollars dépensés pour la santé par habitant : 5900 dollars par habitant en Allemagne contre 4900 pour la France, soit 20% en plus. Le Luxembourg avec un PIB très élevé ne consacre que 6% pour la santé mais dépense plus que la France en dollars par habitant. Quand on compare les systèmes de santé des différents pays de l'OCDE, il apparaît que plus un système de santé est public dans son financement, plus il est efficient économiquement, socialement juste et performant du point de vue de la santé publique. Inversement, plus le financement d'un système de santé est privé, plus il est injuste, coûteux et peu performant.

La Sécurité sociale est un « bien commun », financée environ pour moitié par des cotisations et pour moitié par des taxes ou des impôts dédiés, comme la contribution sociale généralisée (CSG).

1 Il est nécessaire de garantir la pérennité de la Sécurité Sociale

Pour ce faire

- le financement doit porter sur l'ensemble des revenus, avec la suppression des niches fiscales et sociales, le dé plafonnement des cotisations sociales pour les plus hauts revenus et la lutte contre la fraude fiscale et sociale. Le taux de prélèvement doit être progressif et indépendant des risques personnels, notamment de l'âge des assurés, assurant ainsi la double solidarité des bien portants avec les malades et des plus riches avec les moins fortunés. Les assurances privées sont moins solidaires, moins égalitaires et plus coûteuses.
- toute exonération sociale doit être compensée : le retour sur l'abrogation de la loi Veil de 1994¹ est seul à même de garantir les recettes de la Sécurité Sociale.

2 Le financement doit garantir l'universalité de l'accès aux soins. La prestation remboursée par la Sécurité sociale doit être la même pour toutes et tous. La séparation du « petit risque » du « gros risque » fragilise la solidarité entre bien portants et patients, tandis que la franchise restant à la charge du patient aggrave les inégalités sociales de santé. L'instauration d'un « bouclier sanitaire fonction des revenus », minerait la solidarité des riches avec les pauvres. Cette solidarité ne

¹ Toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter d'entrée en vigueur de la loi n°94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application

Contribution CIH

peut se maintenir durablement que si les prestations prises en charge par la Sécurité sociale sont de haute qualité, conformes aux données scientifiques et personnalisées.

3 Le financement en doublon de la Sécurité sociale et des assurances complémentaires est couteux

Les frais de gestion de la Sécurité sociale sont de 7.3 milliards pour le remboursement de 78% des soins. Ceux des assurances privées, mutuelles et instituts de prévoyance de -7.5 milliards pour 13% des soins. Mais ces dernières sont soumises aux directives européennes assurantielles et doivent s'acquitter des coûts de la concurrence : démarchage, publicité etc.

Un plan de transition progressive, par transfert de l'essentiel des recettes des assurances dites complémentaires vers un régime unifié « 100% Assurance maladie publique », doit être mis en œuvre, permettra la suppression du doublon des frais de gestion. Ce plan devra préciser, avec les professionnels, les modalités de mise en œuvre du tiers payant, dispensant de l'avance de frais pour éviter le renoncement aux soins qui risque de s'accroître avec la crise actuelle.

4 Le financement doit permettre la prise en charge de la prévention, des soins et services remboursé à 100% par la Sécurité sociale et répondant à une stratégie nationale de santé.

Le périmètre des prises en charge doit être médicalement validé et socialement accepté, dans un exercice de démocratie sanitaire transparent. Avec la disparition des assurances *complémentaires*, il peut subsister des assurances *supplémentaires* pour des soins ne relevant pas de la solidarité mais répondant à des choix personnels (surcoût dû au refus des génériques, médecines dites « complémentaires » ou « alternatives », chirurgie esthétique, cosmétiques... cures thermales ?).

5 Une stratégie nationale de santé, hiérarchisant les objectifs de santé publique doit être votée

en début de mandature, pour intégrer les propositions faites lors des campagnes électorales. Les réformes du système de santé doivent être votées par le parlement en même temps que la planification des moyens alloués à leur réalisation. Chaque année avant le vote du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS), la Conférence nationale de santé représentant l'ensemble des acteurs de la santé doit faire des propositions au Parlement qui doit débattre et approuver la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé.

6 L'objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) doit être fixé à partir de la prévision d'augmentation programmée des charges et des besoins,

prévision qui doit inclure le financement des mesures d'application de la stratégie nationale de santé. Cette prévision de l'augmentation des dépenses doit être réalisée par un organisme *indépendant* dont la composition doit comprendre, outre les experts, les partenaires sociaux, les fédérations hospitalières et médico-sociales, les représentants des professionnels et les usagers. Si la représentation nationale décide d'un budget inférieur aux prévisions d'augmentation des dépenses, les postes d'économie et les moyens de les réaliser doivent être négociés préalablement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) avant une adoption par le Parlement

Tout déficit de l'Assurance maladie devrait être analysé par secteur de dépenses, pour choisir entre une augmentation des recettes et/ou une diminution ciblée de dépenses médicalement non justifiées. Ces choix réalisés sur une base scientifique, supposent une consultation préalable avec avis des professionnels et des usagers dans le cadre de l'exercice de la démocratie sanitaire, impliquant un nouveau changement de gouvernance de la Sécurité sociale.

7 L'État est le garant de la Sécurité sociale mais non le gestionnaire. La « gouvernance » doit être revue en donnant une place aux professionnels de santé et aux usagers qui devront siéger de plein droit au conseil de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) et dans les instances et comités qui en dépendent. Une de ces instances, réunissant les représentants des assurés sociaux, des associations d'usagers et des représentants des professionnels de ville et de l'hôpital, sera dédiée à la définition et à la réévaluation régulière du panier de prévention, de soins et de services. Ce « panier solidaire 100% » prendra en compte les données scientifiques présentées par la Haute Autorité de Santé (HAS) et les sociétés savantes. De même les représentants des usagers devraient participer aux négociations conventionnelles avec les organisations professionnelles. Les dépassements d'honoraires des professionnels sont actuellement justifiés par la sous-valorisation des tarifs officiels remboursés par la Sécurité sociale. Il convient de revoir les tarifs des actes et honoraires.

II Objectifs de la réforme

1 Adapter le financement aux urgences et aux maladies chroniques, en ville comme à l'hôpital.

Il n'y a pas de financement du travail en équipe. Pourtant les centres de santé, les maisons de santé pluriprofessionnelles ou les maisons de garde qui travaillent de façon coordonnée avec les services hospitaliers d'accueil des urgences (SAU) ont besoin de soutien. Car l'organisation de la permanence des soins dans ces structures, sans surcoût pour les patients, permettrait de réduire les passages non justifiés aux Urgences hospitalières. Par ailleurs, la prise en charge des vraies urgences hospitalières suppose d'avoir en permanence des lits d'aval vides dans des services dédiés, pour éviter aux malades les heures passées sur des brancards dans l'attente d'un lit et/ou éviter l'hospitalisation dans des services inadaptés aux soins requis par leur pathologie.

Inadapté pour les urgences, notre système n'est pas non plus adapté à la prise en charge des maladies chroniques qui nécessite un travail en équipe pluriprofessionnelle, une médecine intégrée biomédicale et psychosociale, une activité coordonnée entre la ville et l'hôpital, une éducation thérapeutique des patients, et un accompagnement.

Enfin, l'Intelligence artificielle et les nouvelles technologies modifient les pratiques du soin et devraient bouleverser particulièrement certaines disciplines médicales comme la radiologie, la cancérologie, la chirurgie et la médecine interventionnelle. Elles aideront au diagnostic et à l'évaluation personnalisée du rapport bénéfice/risque des traitements. La télémédecine facilite le suivi des patients, mais les NBIC (nanotechnologie, biotechnologie, informatique et sciences cognitives) ne remplaceront pas le colloque singulier pour l'annonce d'une maladie grave comme pour la prise en compte du vécu et des représentations des patients nécessaire à l'amélioration de l'observance des traitements. Les progrès technologiques doivent donner toute sa place à la parole du patient. Le professionnel de santé n'est pas un simple prestataire. L'équipe pluriprofessionnelle qui prend en charge un patient dans sa globalité et sa complexité ne sera pas remplacée par un algorithme. La prévention et le traitement repose sur la relation. Cette relation de soins qui doit permettre le partenariat soignant soigné, suppose la valorisation de l'acte intellectuel, du temps consacré à l'accompagnement.

2 Développer l'accompagnement psycho-social en sus des soins et de la prévention. Cela suppose l'intégration des psychologues cliniciens aux professions de santé et la coordination des professionnels du soin avec ceux du secteur médicosocial et social. Ni le paiement à l'acte ni la T2A

ne sont adaptés à cette pratique intégrée de la médecine. Le financement doit intégrer la prise en charge psychologique et sociale.

3 Réévaluer la rémunération des professionnels. L'analyse de la structure des dépenses santé montre la relative modération des revenus des professionnels de santé du premier recours (médecins généralistes, infirmiers, kinésithérapeutes, diététicien.nes, orthophonistes...) ainsi que des professionnels hospitaliers -personnels non médicaux dans leur ensemble, de l'aide soignante au manipulateur radio, mais aussi internes et jeunes médecins) en dehors des médecins hospitaliers ayant une activité privée. Tout professionnel de santé exerçant au tarif remboursé par la Sécurité sociale fait partie du service public quel que soit son statut, libéral ou salarié, ou le statut de l'établissement dans lequel il exerce. Il faut veiller à l'absence de distorsion injustifiée entre les rémunérations des professionnels, à compétence identique et à travail égal. Il faut mettre fin au « mercato » entre les établissements pour l'embauche des médecins et des paramédicaux spécialisés, « rentables » (l'orthopédiste, l'anesthésiste, le cardiologue interventionnel ou le manipulateur radio ...). L'intéressement financier individuel des personnels soignants, médecins ou paramédicaux, aux bénéfices éventuels de l'établissement, institue un conflit d'intérêt incitant au développement d'activités « rentables ». Il devrait être interdit.

- a- La revalorisation des tarifs du secteur 1 est nécessaire Il faut pour les professionnels de santé exerçant dans ce secteur, la prise en charge par l'Etat de l'assurance de responsabilité professionnelle et d'une partie des frais d'équipements, de secrétariat et de logistique des professionnels de santé libéraux. L'installation en secteur 2 avec dépassements d'honoraires doit être contingentée dans les territoires de santé pour les spécialités médicales ayant déjà une densité médicale élevée. Plus fondamentalement, le secteur 2, créé en 1980 malgré l'opposition de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le principal syndicat de médecins libéraux, devra être mis en extinction progressive pour les nouvelles générations de médecins. Cette mise en extinction suppose une revalorisation du secteur 1, négociée avec les professionnels.
- b- L'activité médicale privée au sein des hôpitaux publics doit être mise en extinction pour les nouvelles générations, parallèlement à une révision des rémunérations pour éviter des différences injustifiées avec les rémunérations des médecins travaillant dans les ESPIC et à une intégration des primes et indemnités dans le calcul des retraites
- c- Les actes de soin des paramédicaux, particulièrement des infirmier.es mais aussi des autres paramédicaux (orthophonistes, kinés...) doivent être revalorisés ainsi que les indemnités de déplacement (2.50 euros le déplacement). La rémunération prévue pour les « infirmières de pratique avancée » en libéral n'encourage pas à développer cette activité pourtant fondamentale pour l'offre de soins territoriale.
- d- Il faut enfin prévoir des enveloppes budgétaires pour des soins paramédicaux aujourd'hui non remboursés par la Sécurité sociale, dans des indications médicales spécifiées (psychologues, podologues, diététicien.ne.s...).

4 Faciliter le travail en équipe : développement des maisons de santé pluriprofessionnelles (libérales) et des centres de santé (salariés). Ces organisations collectives pluriprofessionnelles permettent aux équipes soignantes à la fois d'assurer les soins de proximité et de participer à des activités de santé, préventives et participatives, pour la population du territoire. Au sein de ces

équipes se développent des nouveaux métiers comme les infirmiers dits de pratiques avancées (IPA), les infirmiers du programme « Asalée » (Action Santé Libérale en Équipe) effectuant des activités de dépistage et d'éducation thérapeutique, les assistants médicaux assurant notamment des tâches administratives et les médiateurs en santé pour des populations vulnérables. Ces structures correspondent aux souhaits de nombreux jeunes médecins, d'un « nouveau mode d'exercice » : travail en équipe, modes de rémunération différents du paiement à l'acte (y compris pour certains, le salariat), réduction du temps consacré aux tâches administratives ou consacrées à la gestion, temps suffisant pour la formation professionnelle continue, l'enseignement ou la participation à la recherche clinique, avec des horaires de travail maîtrisés.

Le système conventionnel qui régle les relations entre l'assurance maladie et les syndicats médicaux doit être réorganisé afin de permettre l'expression de la spécificité de l'exercice pluriprofessionnel libéral et salarié.

5 Des modes alternatifs de financement pour le suivi des patients atteints de maladies chroniques doivent être développés avec l'expérimentation par les professionnels volontaires, de nouvelles formes de rémunération (capitation, dotation annuelle populationnelle....) et des paiements forfaitaires pour des missions de santé publique pour des populations ciblées (prévention, dépistage, éducation à la santé...). Le paiement à la performance, inclus dans le revenu sur objectif de santé publique (ROSP), n'a pas fait la preuve de son efficacité pour l'amélioration de la qualité des soins. Il doit être transformé pour aider à financer les structures et l'organisation, notamment les frais de secrétariat. Le forfait au parcours, en développement dans des pathologies ciblées dont la prise en charge est standardisée, permet de donner de l'autonomie à des équipes mais il ne permet pas les prises en charge des patients polypathologiques.

III Le financement des établissements de santé doit être revu.

Il faut chercher à atteindre les objectifs au moindre coût pour la collectivité et non en privilégier les activités rentables. L'hôpital ne choisit pas ses activités et comme il ne peut pas faire faillite même si sa gestion défectueuse peut l'amener à être placé sous tutelle financière, il s'est opéré un tri des patients, laissant aux établissements publics, les patients polypathologiques, âgés, dépendants, ceux ayant des pathologies graves ou complexes, ceux nécessitant des soins très coûteux

Pour respecter l'ONDAM voté par le Parlement, il a été procédé chaque année à la baisse des tarifs de remboursement. Les hôpitaux publics ont fait toujours plus sans augmenter les coûts et en respectant les normes. Le résultat est une augmentation de l'activité de 15% en 10 ans avec seulement une augmentation de personnel de 2% et en réalité une diminution relative des personnels soignants par rapport aux administratifs. L'investissement s'est effondré et 50% des hôpitaux en déficit.

Le financement des établissements par la T2A n'est pas adapté aux urgences, à la réanimation, aux pathologies complexes, aux maladies chroniques et aux soins palliatifs.

Il faut signaler que le paiement à la qualité ou à la performance récemment amplifié en France n'a pas fait la preuve de sa pertinence dans les pays qui l'ont adopté. Après plus de 15 ans d'expérience du « pay-for-performance » (P4P) en Grande Bretagne les résultats sont décevants : bénéfices modestes, inconstants, transitoires, portant plus sur les indicateurs de procédures que sur les résultats cliniques intermédiaires ou terminaux. La déception est d'autant plus grande que les sommes allouées sont importantes et qu'il existe des effets pervers, moins la sélection des patients

que la dégradation des indicateurs de qualité ne donnant pas lieu à rémunération ou la pénalisation des établissements prenant en charge les personnes les plus pauvres ou ayant les pathologies les plus graves. Finalement le P4P n'a pas montré de diminution de la mortalité et ne s'est pas accompagné d'une amélioration de la relation médecin/malade.

Finalement en 2017 Annals of Internal medicine concluait son éditorial par « the final nail in the coffin of the current generation of P4P" ²

Il serait étrange, alors que les preuves de l'efficacité font défaut, que la France s'engage vers un mode de financement maintenant largement critiqué.

1/ La T2a doit être limitée aux activités programmées standardisées, comme la chirurgie ambulatoire, correspondant à des activités assez facilement mesurables avec peu de fluctuations. Les tarifs doivent être stabilisés et rapprochés des coûts.

2/ Les trois modes de financement hospitaliers peuvent être proposés conjointement

Ils sont de trois types : prix de journée, dotation budgétaire et paiement à l'activité - avec des adaptations (ainsi le paiement forfaitaire au séjour hospitalier de la T2A peut s'étendre au paiement forfaitaire pour une période de soins). Chaque mode a des avantages et des inconvénients et doit bénéficier d'un mode de régulation spécifique. La France a utilisé les trois modes successivement, il faut désormais les utiliser conjointement en déterminant, avec les professionnels, les modes les plus adaptés à leur activité ainsi le prix de journée est le plus adapté aux soins palliatifs. Sans revenir au budget global, une dotation annuelle adaptée aux besoins permet sa cogestion entre l'administration et les soignants. Mais il faut prendre en compte l'évolution de l'activité et le territoire dans lequel elle s'inscrit. La dotation annuelle doit porter sur le budget de fonctionnement des services sans inclure les investissements, les coûts d'entretien et de modernisation des infra-structures, ni le financement dit « en sus » pour les traitements innovants et coûteux. Elle sera être modulée d'une année sur l'autre en fonction de critères simples et robustes de l'évolution de l'activité (file active, nombre de nouveaux patients, graduation de la gravité ou de la complexité thérapeutique en 3 ou 4 niveaux, degré de précarité de la population prise en charge).

3/ La psychiatrie doit avoir un budget assuré par une progression de la dotation annuelle dédiée au moins égale à celle du secteur MCO (Médecine-Chirurgie-Obstétrique) après un plan de rattrapage rendu indispensable par les années de sous-dotation. Son budget doit inclure des projets territoriaux de santé mentale.

4/ L'investissement doit être garanti en sus du budget de fonctionnement

Il faut ouvrir la possibilité aux établissements d'accéder à des prêts à taux zéro auprès de la banque public d'investissement. Il faut réévaluer « Les bascules » vers l'ambulatoire qui guide les réductions capacitaires, notamment dans les grands projets actuels. Ces réductions semblent obéir avant tout à un objectif économique. Les durées d'hospitalisation doivent être aussi brèves que possible mais adaptées au patient, préparées en amont avec lui pour optimiser les soins, réduire les complications liées à l'hospitalisation. Les réductions capacitaires et les grands investissements qui les comprennent doivent être revues à l'aune des évaluations de santé publiques par territoire

² <https://annals.org/aim/fullarticle/2664654/value-based-payment-modifier-program-outcomes-implications-disparities>

IV Les moyens alloués à la prévention doivent être de 10% du budget de la santé

Ils doivent porter

- sur les déterminants de santé (tabac, alcool, nutrition, santé sexuelle, santé mentale, conditions de vie et de travail...).
- sur la prévention des maladies non transmissibles: obésité, hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, cancers et santé mentale. Il faut en particulier promouvoir une activité physique quotidienne, dès le plus jeune âge.
- sur le développement de la prévention du risque environnemental, y compris professionnel. Les cibles sont multiples : pollutions physiques, chimiques et microbiologiques (air, sol, eau), expositions professionnelles, changement climatique. Pour ce faire, des études épidémiologiques et sociologiques d'exposition aux risques et de surveillance de certaines pathologies sont indispensables.

V Il faut assurer l'indépendance sanitaire pour les matériels de protection, les médicaments et dispositifs médicaux

1 Les stocks et les productions

Les ruptures de production et d'approvisionnement se sont multipliées depuis une dizaine d'années, pour des médicaments passés dans le domaine public de toutes spécialités (anticancéreux, antibiotiques, antihypertenseurs, corticoïdes, vaccins...). L'industrie pharmaceutique a fait le choix, de délocaliser 80% de la production des principes actifs en Chine et en Inde, et de confier la fabrication du produit fini à des sous traitants avec une production à flux tendu. Il convient :

- d'imposer immédiatement la constitution de stocks correspondant à au moins six mois de consommation standards. Ces stocks doivent être gérés par les industriels détenteurs des autorisations de mise sur le marché (AMM).
- de relocaliser la production des principes actifs en France et en Europe.
- de créer un *Etablissement public national* produisant avec l'aide des laboratoires de la chimie et des façonniers nationaux des MITM à prix coûtant. Une collaboration entre pays européens devrait permettre de couvrir l'ensemble du champ des MITM.

2 La transparence est nécessaire

Il faut fixer pour des médicaments vitaux innovants, un prix public permettant un accès universel en recourant si besoin à la clause de la licence d'office (autorisant un pays à faire fabriquer un médicament sous licence à un prix adapté à ses moyens).

Il faut obtenir la transparence des coûts de recherche, développement et production, la traçabilité des financements publics et privés tout au long du circuit de recherche et développement et production des produits de santé.

Il faut mettre en place une clause du « juste prix » lors des négociations entre unités de recherche publiques et industriels pour le développement de nouveaux médicaments et d'exiger le respect rigoureux des critères de brevetabilité des inventions en santé quand les conditions de santé publique l'exigent.

Il faut exiger la transparence et la publicité dans les négociations au niveau du comité économique des produits de santé (CEPS).

Contribution CIH

L' évaluation post AMM conduite par des structures publiques indépendantes doit être financée par l'industrie pharmaceutique.

Les liens et des conflits d'intérêt multiples des professionnels de santé mais aussi des autres professionnels concernés (économistes, gestionnaires, journalistes, éditeurs...) et des élus doivent être contrôlés.

VI La recherche

Le budget de la recherche est de 41 milliards soit 2,27% du PIB, en 10^{ème} position des pays de l'OCDE. Le budget de la recherche doit être porté progressivement à 3% du PIB et au moins 1% devrait relever de la recherche publique. Les 5 milliards annoncés sur 10 ans sont insuffisants. Le montant devra être au moins doublé (1Md par an) pour revaloriser les salaires des chercheurs au niveau de la moyenne des pays de l'OCDE, mettre fin à des situations de précarité anormalement prolongées et accroître les dotations pérennes aux équipes de recherche. A noter qu'une fraction du Crédit impôt recherche (plus de 6 milliards d'euros par an) pourrait être utilisée pour le soutien à la recherche publique

Il faut donner une place spécifique à la recherche clinique et en incluant la recherche en soins primaires et en soins infirmiers, aujourd'hui non financée.

La crise COVID a démontré l'importance d'une politique de santé guidée par la santé publique. Le système de santé français, performant pour la prise en charge des maladies aiguës et graves, peine à maintenir un bon niveau d'efficacité pour les pathologies évitables. Il consacre peu de ressources à la prévention. Le système de santé en général, et l'hôpital public en particulier répond aux demandes de soins et peut remplir son rôle pour l'enseignement et la recherche. En revanche face aux défis actuels et à venir : développement des maladies chroniques, vieillissement de la population, risque épidémique et crise sanitaire, réduction des inégalités sociales et territoriales de santé, il faut renforcer les politiques de santé publique. Cela suppose de repenser les modalités de financement pour réduire l'incitation à une médecine prescriptive et soutenir une médecine de coopération entre professionnels et avec les usagers dans leur environnement psychosocial.

Contribution CIH

Propositions

1/ Financement général

- Taux de prélèvement social progressif et indépendant des risques personnels sur tous les revenus (capital et travail).
- Retour sur l'abrogation de la loi Veil de 1994
- Suppression du doublon de gestion assurance maladie et complémentaires avec panier de soins à 100%
- Evaluation prévisionnelle annuelle des dépenses par organisme indépendant avec professionnels de santé et usagers
- Gouvernance inclusive et décisionnelle avec usagers et professionnels de santé à la CNAM
- Stratégie nationale de santé hiérarchisant annuellement les objectifs de santé avec participation professionnels de santé et usagers

2/ Financements particuliers

- Soutien et financement structurel des soins primaires organisés en exercice pluriprofessionnel
- Financement de l'accompagnement psychosocial intégré dans les dépenses de santé
- Revalorisation secteur 1 et mise en extinction du secteur 2
- Revalorisation des primes d'exercice public des praticiens hospitaliers et mise en extinction de l'activité privée à l'hôpital public
- Revalorisation soins infirmiers et des autres paramédicaux intégrés dans les soins (orthophonistes kinés, diététiciennes, podologues...)
- extinction de l'activité privée à l'hôpital
- Forfait au parcours pour des monopathologies dotations populationnels et modes alternatifs de financement (capitation)
- Développement à l'hôpital des financements mixtes (prix de journée en soins palliatifs, dotation annuelle à l'activité et à la population dans des sites volontaires)
- Réévaluation de l'ONDAM avec plan de rattrapage de 10% pour la psychiatrie pour rattraper la sous dotation
- Investissements garantis via des prêts à taux zéro auprès de la BPI
- Financement de la prévention porté à 10% du budget de la santé
- Financement de la recherche porté à 3% du PIB

3/ Contrôles de la production et des stocks de médicaments et dispositifs médicaux

- Constitution de stock de six mois pour les médicaments vitaux
- Etablissement public de santé permettant la production
- Déclaration du cout de la recherche et développement pour toute nouvelle molécule disponible
- Evaluation postAMM par une structure publique indépendante