

LE PROGRAMME

PIRATE

Export réalisé le 24/03/2025

NOS IDÉES VOUS PLAISENT ? PIRATEZ-LES !



SOMMAIRE

Affaires sociales et santé	3
Mesures d'urgence pour la santé et les hôpitaux	4
Exposé des motifs	4
Description	5





AFFAIRES SOCIALES ET SANTÉ

MESURES D'URGENCE POUR LA SANTÉ ET LES HÔPITAUX

Économie, Santé, Société

Au programme depuis Avril 2020

EXPOSÉ DES MOTIFS

Depuis trop longtemps, l'assurance maladie et l'hôpital public souffrent de sous-financement. Cette situation tient autant à une compression des dépenses de santé qu'à une insuffisance des recettes.

D'une part, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est, chaque année, limité par le Gouvernement à environ 2 %, alors qu'il faudrait le porter à 4,5 % pour répondre à l'évolution naturelle des dépenses de santé et exiger dans le même temps un effort de rattrapage pour combler trente ans d'austérité. Première victime de ces logiques comptables, le budget hospitalier est devenu, pour les gouvernements successifs, la principale variable d'ajustement de l'équilibre financier des comptes de la Sécurité sociale. En France, six hôpitaux sur dix sont désormais en déficit, ce qui empêche mécaniquement l'investissement dans les services, et pèse ensuite sur la qualité de l'accueil des patientes et patients et sur la qualité des soins.

D'autre part, les multiples dispositifs d'exonérations de cotisations sociales patronales qui sont faites au nom de la baisse du prétendu « coût du travail » assèchent les recettes de la Sécurité sociale. En 2019, ces dispositifs représentent une somme de 63 milliards d'euros, en augmentation de 40 % par rapport à 2017. Si l'État s'engageait initialement à compenser intégralement ces pertes pour le budget de la Sécurité sociale, ce n'est plus le cas désormais. À cela s'ajoute la fraude patronale aux cotisations sociales (travail illégal ou dissimulé) qui représenterait une perte annuelle de 20 milliards d'euros selon la Cour des comptes.

Pour les établissements hospitaliers des outre-mer, la situation financière se complique davantage avec l'inadaptation du coefficient géographique. Créé en 2006 lors de la mise en place de la tarification à l'activité (la T2A) pour compenser les surcoûts supportés par les établissements de santé des régions d'outre-mer (à l'exception de Mayotte qui perçoit une dotation forfaitaire) et de la Corse, ce coefficient ne joue pas son rôle. Si le surcoût lié aux salaires des personnels de santé est, pour l'essentiel, pris en compte, il en va différemment pour les charges relatives à l'acheminement des médicaments et matériels médicaux, au droit d'octroi, aux frais de maintenance ainsi que pour les coûts de constructions immobilières.

Adapter ce coefficient à la réalité des coûts locaux contribuerait à réduire drastiquement le déficit de la plupart des établissements de santé des outre-mer. Pour La Réunion qui n'a connu qu'une augmentation d'un point en douze ans, cette revalorisation apparaît comme indispensable puisqu'elle mettrait fin à une distorsion grandissante entre les charges des établissements de santé publics et leurs ressources. Les efforts consentis par les personnels et leur engagement sans faille porteront alors d'autant plus que cette réévaluation constituera une réponse durable à un déficit surtout structurel.

Il convient désormais de sortir de cette logique de réduction des dépenses de santé et de consolider les recettes de la Sécurité sociale. Telle est l'ambition du titre Ier qui prévoit plusieurs mesures fortes pour financer les besoins en santé et l'hôpital en public. Elles permettraient ainsi de fixer d'ores et déjà un ONDAM à 4,5 %, soit une augmentation de 5 milliards d'euros par an, tout en investissant de manière massive dans les hôpitaux. Ainsi, les nouvelles recettes de l'assurance maladie seraient utilisées prioritairement pour embaucher 100 000 agents hospitaliers et titulariser les contractuels dans le cadre d'un grand plan d'embauche et de formation. Il serait accompagné d'un plan d'investissements hospitaliers porté par l'État afin de moderniser les hôpitaux.

Le service public hospitalier est en état d'urgence, et les récentes mobilisations dans plus de la moitié des services d'urgence en 2019 ne sont que le miroir grossissant de la crise hospitalière caractérisée par un manque de moyens et de personnels, la

stagnation des salaires, une augmentation de l'activité et des passages, et la déficience de la médecine de ville. La crise de la COVID-19 n'a fait que mettre en lumière de manière prégnante et dramatique ce qui était sous nos yeux depuis des mois, voire des années.

Sortir l'hôpital des exigences de concurrence et de rentabilité est devenu un impératif pour garantir sur tout notre territoire des soins de proximité et de qualité. Il est indispensable de prendre en considération dans l'élaboration du diagnostic territorial de santé, la réalité socioéconomique qui est un déterminant à fort impact sur les besoins en proximité des professionnels de santé. Ainsi, les territoires en grandes difficultés économiques doivent pouvoir bénéficier d'un maillage de santé renforcé. C'est l'objet du titre II de cette proposition que de mettre en œuvre des mesures d'urgence pour garantir un service public hospitalier renforcé.

Le premier constat est le suivant : l'accès à des soins de qualité dépend de plus en plus de la capacité de nos concitoyennes et concitoyens à payer leurs frais de santé. Ces dernières années les restes à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire n'ont cessé d'augmenter. Les mesures de déremboursement, les participations forfaitaires à la charge des assurés sur les consultations, ou encore les franchises médicales sur les médicaments ont conduit à un désengagement progressif de la Sécurité sociale dans la prise en charge des frais de santé, laissant une place de plus en plus significative aux complémentaires santé et notamment aux assureurs privés.

À travers le titre III, nous proposons donc de répondre en premiers lieux par une meilleure prise en charge des soins par la Sécurité sociale.

Repris avec modification d'une partie de la proposition de loi des députés Alain Bruneel et Pierre Dharréville : http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15b2330_proposition-loi

DESCRIPTION

TITRE I

ARTICLE 1ER

Arrêt progressif sur deux ans de l'allègement de cotisation patronale d'assurance maladie (ou allègement CICE) qui représente un coût annuel de 22,1 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Ce dispositif, qui est distribué aux entreprises sans contreparties, a montré son inefficacité en terme de création d'emplois.

ARTICLE 2

Suppression en deux ans du dispositif « Fillon » d'allègements généraux de cotisations patronales sur les bas salaires, qui outre son coût annuel pour les finances sociales (23 milliards d'euros pour la sécurité sociale en 2018, dont 11 milliards d'euros pour la seule branche maladie), encourage la création d'emplois peu qualifiés et mal rémunérés.

ARTICLE 3

Mise en place de cotisations sociales sur les revenus financiers des entreprises, sur la même base que les taux de cotisations sociales payées par les employeurs sur les salaires.

ARTICLE 4

Exonération temporaire pour les établissements publics de santé et les EHPAD publics de taxe sur les salaires (comme cela se fait déjà pour l'État et les collectivités territoriales de manière non temporaire). Cette mesure permettra de redéployer 4 milliards d'euros dans l'activité hospitalière, notamment pour financer des réouvertures de lits, des embauches et des revalorisations salariales dans l'ensemble des services. Cette exonération est mise en place pour 5 ans, avec la possibilité de prolonger une fois.

ARTICLE 5

Création d'un principe de non-prolifération des mesures de réduction de cotisations sociales. Depuis 20 ans, les dispositifs d'exonération se sont empilés sans que leur efficacité en terme de créations d'emplois, d'investissement, de formation ou

de revalorisation salariale ne soit clairement démontrée. On dénombre ainsi 92 dispositifs d'exonération ou d'exemptions en 2019, selon l'annexe 5 du PLFSS 2019. Afin de mettre un terme à cet empiement de niches sociales, il faut corréliser toute mesure nouvelle d'exonération sociale à la suppression dans la même proportion d'un dispositif d'exonération existant.

ARTICLE 6

Revalorisation du coefficient géographique applicable aux établissements publics de santé des Outre-mer en fonction des surcoûts réellement supportés. Historiquement instauré pour compenser des surcoûts spécifiques liés à des particularités locales, ce coefficient a très peu progressé, engendrant des déficits structurels et des sous-investissements dans les structures hospitalières.

TITRE II

ARTICLE 7

Instauration d'un seuil minimal de présence hospitalière (défini dans l'article 8) dans chaque bassin de vie de sorte que le maillage du système public de santé garantisse l'accès à un établissement de santé à moins de 30 minutes du domicile en transports.

ARTICLE 8

L'hôpital de proximité est un établissement assurant obligatoirement des activités de médecine d'urgence, de chirurgie et d'obstétrique. À ce titre, ils disposent d'un service d'urgences ouvert en permanence, d'une maternité de niveau I, d'un service de chirurgie, et de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées, en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

TITRE III

ARTICLE 9

Suppression de la participation forfaitaire à la charge de l'assuré lors d'une consultation ainsi que les franchises médicales sur les médicaments.

ARTICLE 10

Généralisation du tiers payant intégral pour les professionnels de santé relevant de la médecine de ville. De cette manière, les assurés n'auront plus à avancer de frais sur l'ensemble des dépenses de soins, qu'elles relèvent de l'assurance maladie ou des complémentaires santé. Mise en place d'une obligation de paiement des médecins à 5 jours ouvrés pour l'assurance maladie et à 12 jours concernant les complémentaires santé.

ARTICLE 11

Mise en place du remboursement intégral par l'assurance maladie des vaccins obligatoires en mettant à contribution les industriels pharmaceutiques.