

Extrait du Démocratie & Socialisme

<http://www.democratie-socialisme.fr>

Assurance maladie

Le projet de loi Douste Blazy n'est pas un 17e plan de redressement !

- Social - Santé, Sécurité Sociale -

Date de mise en ligne : vendredi 10 septembre 2004

Démocratie & Socialisme

La faible participation aux manifestations du 5 juin appelées par l'ensemble des organisations syndicales montre pourtant que tout ce passe comme si les français considéraient que le projet de loi des Chiraquiens n'était qu'un nième plan de redressement de l'Assurance-Maladie.

Il n'en est malheureusement rien, ce projet constitue une étape déterminante d'une contre-réforme de notre assurance maladie qui remet en cause ses fondements mêmes : la solidarité et l'égalité d'accès aux soins.

Douste Blazy affirmait qu'il ne voulait « ni privatisation, ni étatisation ». En réalité, il étatisé et privatise à la fois l'assurance maladie. L'étatisation et la privatisation sont, en effet, les deux faces d'une même médaille, d'une même politique qui rapproche dangereusement notre assurance-maladie du système américain.

Les initiatives des directions des organisations syndicales et mutualistes qui se situent dans le cadre du projet de loi des Chiraquiens ne rencontrent guère d'écho. Le peu de succès des mobilisations organisées par la CFDT et la Fédération Nationale de la Mutualité Française, réduites à organiser des rassemblements (4 000 personnes à Rennes) l'atteste clairement. L'augmentation des primes versées aux assurances complémentaires et l'accroissement des inégalités d'accès aux soins entraîneront tôt ou tard la prise de conscience de la réalité de cette contre-réforme. C'est alors qu'il sera possible de passer à la vitesse supérieure et d'organiser une riposte qui soit vraiment à la hauteur de l'attaque.

La méthode Sarkozy appliquée à l'assurance maladie

Douste Blazy focalise son plan sur la culpabilisation des assurés sociaux, la chasse aux fraudeurs, la pénalisation des comportements.

La fraude à la carte vitale a été montée en épingle alors que selon l'Inspection Générale des Affaires Sociales, une fausse carte Vitale n'est utilisée qu'une fois sur 100 000 !

Les arrêts maladie sont montrés du doigt et désignés comme responsables du déficit de l'Assurance maladie. C'est ridicule : les arrêts de travail représentent au plus 7 % des dépenses de l'Assurance maladie et selon la CAM, 6 % de ces arrêts sont injustifiés. Il faut, en outre, ne rien vouloir connaître de la réalité des entreprises pour ne pas comprendre que c'est le durcissement des relations de travail qui entraîne l'augmentation du nombre d'arrêts de travail. Quand on sait, de surcroît, que cette augmentation touche essentiellement les salariés de plus de 55 ans, il n'est pas difficile de comprendre qu'avec l'augmentation du nombre d'années de cotisation nécessaires à une retraite à taux plein, la situation ne pourra qu'empirer.

Le projet de Douste-Blazy ne se contente pas de désigner les coupables, il organise la répression.

Les articles 13 à 16 visent à sanctionner les arrêts de travail injustifiés.

Les médecins prescrivant « un nombre d'arrêts maladie anormal par rapport à la moyenne régionale » verront leurs arrêts de travail soumis à l'accord préalable du contrôle médical. Mais, que peut bien signifier cette « moyenne régionale » quand un médecin pratique son métier dans une zone où se situe une usine où les conditions de travail sont particulièrement dégradées ?

Les arrêts de travail pourront ne pas être pris en charge par l'Assurance maladie et laissés à la charge du patient qui pourra, dans certains cas, être appelé à rembourser des indemnités journalières jugées indûment perçues.

L'article 10 prévoit que les Caisse puissent refuser le remboursement d'actes médicaux ou de médicaments qui ne correspondraient pas aux protocoles établis par la Haute Autorité Sanitaire.

Le forfait de 1 euro (pour commencer) va dans le même sens en organisant la pénalisation systématique des assurés sociaux (à l'exception des enfants, des bénéficiaires de la CMU complémentaire, des femmes enceintes...)

L'étatisation de l'assurance-maladie

L'étatisation de l'assurance maladie prend plusieurs visages.

Le premier visage est celui de la relativisation des Conseils des caisses aux dépens des directions

Les caisses d'assurances maladies (CAM des Travailleurs Salariés, CANAM, MSA) sont regroupées en une Union des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

La composition des Conseils (qui ne sont plus des conseils d'administration ou d'orientation, mais de simples conseils...) n'est pas prévue dans le projet de loi. Elle est renvoyée à un décret en Conseil d'Etat. Les seules précisions données indiquent que les représentants des salariés et des employeurs seront aussi nombreux et que la Mutualité y sera représentée.

La place des organisations syndicales dans ce Conseil n'est pas fondée sur leur représentativité réelle mesurée soit par des élections à la Sécurité sociale, soit par les élections prud'homales ou les élections des Comité d'Entreprise ou des Commissions Paritaires.

L'UNCAM négociera les accords avec les professionnels de santé, déterminera le périmètre des soins remboursables, fixera le forfait non remboursable par feuille de soins et assurera les relations avec l'Union des complémentaires. Mais, les Conseils n'auront plus qu'un rôle d' « orientation » et la réalité des pouvoirs reviendra au Directeur Général de l'UNCAM nommé en Conseil des ministres. Ainsi le Directeur Général préparera le projet de budget. Le Conseil pourra refuser ce budget une première fois à la majorité simple mais ne pourra le refuser une seconde fois qu'à une majorité des 2/3. Ce qui revient à donner une minorité de blocage au Medef...

Le deuxième visage est celui de l'entrée en force des « experts »

La Haute Autorité de Santé ne sera en rien « indépendante » puisque ces douze membres seront nommés par le Président de l'Assemblée Nationale, celui du Sénat et celui du Conseil Economique et Social.

Cette Haute Autorité aura un rôle déterminant à jouer dans la définition des protocoles de soins. Or, si les caisses jugent que ces protocoles n'ont pas été respectés, elles pourront ne pas rembourser les soins. C'est déjà le cas pour les affections de longues durées (ALD).

Cette Haute Autorité ne prendra pas uniquement ses décisions ou ses avis sur la base de critères scientifiques comme le proclame le gouvernement mais également sur la base de « critères économiques » !

Un Comité d'alerte est également créé. Il est composé du Secrétaire général de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale, du Directeur général de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du CES. Le rôle de ce comité sera de veiller à ce que l'Objectif Nationale de Dépenses d'Assurance Maladie (voté tous les ans par le Parlement) ne soit pas dépassé. En cas de dépassement de l'ONDAM, toute nouvelle mesure qui augmenterait les dépenses pourra être bloquée.

Le troisième visage de l'étatisation est celui de l'aide aux complémentaires

Contrairement à la mise en scène orchestrée par le gouvernement, les dirigeants de la Fédération Nationale de la Mutualité Française et la direction de la CFDT, il ne s'agit en rien d'une nouveauté puisqu'elle était déjà prévue par l'article 32 du projet.

Le but de cette aide aux complémentaires est de créer un filet de sécurité minimum (s'ajoutant à la CMU complémentaire) pour les personnes les plus démunies pour faire passer la pilule de l'augmentation des cotisations et primes des assurances complémentaires pour tous les autres.

Cette aide est dérisoire, inacceptable et de toute façon aléatoire.

Cette aide est dérisoire : 150 euros par an (12,50 euros par mois !) pour les personnes ne bénéficiant pas de la CMU et dont le revenu n'est pas supérieur à plus de 15 % du revenu ouvrant droit à la CMU, soit 647 euros aujourd'hui.

Mais un dispositif avait déjà été mis en place permettant à tous ceux dont le revenu n'était pas supérieur à 12,7 % du

revenu ouvrant droit à la CMU de percevoir une aide de 115 euros par mois. La modification que le gouvernement considère comme fondamentale ne porte donc que sur 35 euros par an, soit moins de 3 euros par mois ! Deux millions de personnes seraient concernées contre 1,6 millions aujourd'hui. Le problème est que, aujourd'hui sur ces 1,6 millions de personnes concernées, seulement 50 000 ont recours au dispositif tant l'aide concédée est dérisoire. Le rapport Chadelat était plus conséquent en proposant une aide à « l'achat de complémentaire » pour les personnes ayant un revenu entre 562 euros (plafond de la CMU) et 1 000 Euros.

Cette aide est inacceptable. Il s'agit d'allouer des fonds publics à des organismes privés. Ces fonds doivent revenir à l'assurance maladie obligatoire.

Cette aide est de toute façon aléatoire. Il suffit pour s'en convaincre de constater le sort réservé par les Chiraquiens aux prestations financées par l'impôt et sous condition de ressources : le RMI, l'Allocation Spécifique Solidarité, l'Aide Médical d'Etat. Penser que demain, s'ils restent au pouvoir, ils réserveront un sort meilleur à l'aide à l'achat de complémentaire ou à la CMU serait être bien optimiste...

La privatisation de l'assurance maladie

Le recul programmé de l'assurance maladie obligatoire La fixation du périmètre remboursable par l'UNCAM dont le Directeur Général aura un rôle prédominant permettra de dégager un espace de plus en plus important pour les complémentaires.

« Les Echos » du 19 juin titrait : « Mutuelles et assurance santé : les tarifs en forte progression ». L'article précisait que ces tarifs pourraient augmenter au minimum de 6 % en 2005 (sans tenir compte des effets de la réforme gouvernementale...) après des augmentations de 7 à 12 % en 2004.

Ce n'est qu'un début : au fur et à mesure des reculs de l'assurance maladie obligatoire, du périmètre des soins remboursés, les assurances complémentaires verront leur part augmenter dans le financement de l'assurance-maladie.

C'est avec celui de ne pas augmenter la contribution des entreprises au financement de l'assurance maladie le deuxième objectif que fixent le Medef et le gouvernement de droite à une réforme de l'Assurance maladie.

La création d'une Union des complémentaires

Le projet de loi n'est pas très disert sur cette Union. Les décrets d'application seront plus précis.

Cette Union a, dans le projet de loi, deux fonctions essentielles : d'une part, émettre un avis sur les propositions de l'UNCAM quant au périmètre de soins remboursable et les taux de remboursement ; d'autre part, négocier avec les professionnels de santé.

Mais si les amendements ou les décrets d'application lui accorde une place plus importante cette Union pourra fort bien participer aux choix effectués pour le régime général d'assurance maladie.

La présence des mutuelles à la fois dans le Conseil de l'UNCAM et dans l'Union des complémentaires leur permet d'être à la fois juge et partie dans les négociations entre l'UNCAM et l'Union des complémentaires.

Les employeurs ne participent que symboliquement au financement

Le taux de la CSG taxant le revenu des retraités, des pré-retraités, des titulaires de pensions d'invalidité augmentera de 0,4 point. A la condition que les bénéficiaires de ces revenus soient imposables.

L'assiette de la CSG taxant les revenus des salariés et les allocations chômage passera de 95 % du salaire (ou de l'allocation) brut à 97 %. Cet élargissement s'appliquera également à la CRDS...

Le forfait de 1 euro par consultation frappera les assurés sociaux, tout comme le contrôle renforcé des arrêts maladies ou la possibilité de ne pas rembourser les soins des affections de longue durée, n'entrant pas dans le cadre d'un protocole défini précisément.

Les cotisations des entreprises n'augmenteront pas.

En 20 ans, les cotisations payées par les entreprises à la Sécurité sociale seront passées de 54 % à 44 %. L'augmentation de 0,13 % à 0,16 % de la Contribution sociale de solidarité frappant le chiffre d'affaire (supérieur à 760 millions d'euros par an) des sociétés reste symbolique, tout comme les taxes frappant l'industrie pharmaceutique.

Une contre-réforme au long cours

La contre-réforme a commencé avec le vote du plan hôpital 2007 qui programme l'exclusion de nombreux maladies du système de soins et fixe des règles du jeu qui permettront aux directeurs des Agences Régionales de l'Hospitalisation de restructurer comme ils l'entendent le secteur hospitalier au profit des cliniques privées.

Le projet de loi de Douste Blazy est le deuxième maillon de cette contre-réforme. Mais nous ne sommes pas, pour autant, au bout de nos peines...

Les parlementaires de l'UMP ont annoncé qu'ils se réservaient le droit d'amender ce projet de loi. Ils ont déjà manifesté, notamment, leur volonté d'augmenter le taux de la CRDS.

Les décrets d'application, si l'on en croit le précédent de la contre-réforme des retraites, ne risquent guère d'améliorer le projet de loi. Or, des mesures aussi importantes que celles qui fixent la composition du Conseil de l'Uncam ou la place des Unions de complémentaires relèvent de décrets d'application.

Mais, même une fois les décrets d'application pris, nous ne serons toujours pas au bout de nos peines.

En effet, le projet de loi Douste Blazy fait référence aux objectifs pluriannuels des lois de financement de la Sécurité sociale. Cela signifie qu'il faudra réformer les actuelles lois de financement. Or, ces lois de financement sont des lois organiques qui doivent être votées dans les mêmes termes par l'Assemblée Nationale et le Sénat. Le vote de ces lois organiques sera une occasion supplémentaire offerte aux Chiraquiens pour encore durcir la contre-réforme.

Jean-Jacques Chavigné

Pour une prise en charge des soins à 100 % par l'assurance maladie

C'est la seule méthode qui permette de garantir réellement l'égalité d'accès aux soins. Les forfaits hospitaliers, les tickets modérateurs sont autant de tickets d'exclusion. Le forfait sur les consultations imposé par Douste Blazy accentuera encore cet effet d'exclusion.

Cette orientation pose, bien évidemment le problème des Mutuelles qui, de plus en plus, ont quitté leur rôle traditionnel pour devenir des assureurs complémentaires prenant en charge les tickets modérateurs ou les forfaits hospitaliers.

Mais l'adhésion à une Mutuelle ne peut être que facultatif et ne peut donc assurer l'égalité d'accès aux soins pour tous.

En fait, aujourd'hui, les dirigeants des Mutuelles, contre la volonté de leur base, jouent le rôle de Cheval de Troie des sociétés d'assurances.

Le gouvernement de droite n'ose pas dévoiler le rôle qu'il compte faire jouer aux sociétés d'assurance, il se retranche derrière les mutuelles.

Mais, demain, lorsque les Mutuelles seront entrées dans le pilotage de l'assurance-maladie, la Direction de la concurrence de la Commission de Bruxelles exigera, au nom des directives européennes et du droit de la concurrence, que les mêmes prérogatives soient accordées aux sociétés d'assurance.

Après avoir eu longtemps un pied dans la solidarité et un autre dans la logique assurantielle, les dirigeants des mutuelles ont malheureusement choisi leur camp : celui de l'assurance.

Le projet de loi Douste Blazy n'est pas un 17e plan de redressement !

La modulation des cotisations en fonction de l'âge telle que le pratique ces mutuelles n'a rien à voir avec le principe de solidarité qui fondait la mutualité. Ce principe de solidarité veut qu'aucune sélection ne soit faite en fonction de l'état de santé d'un adhérent. Mais chacun sait que, malheureusement, l'état de santé d'une personne ne s'améliore pas avec l'âge... Moduler les cotisations en fonction de l'âge revient donc, au total, à moduler les cotisations en fonction de l'état de santé et constitue une première rupture avec le principe de solidarité.

La mise en concurrence des mutuelles et des sociétés d'assurance ne laisseront guère le choix aux mutuelles : elles seront obligées de s'aligner sur les pratiques des assurances privées. Dans le cas contraire, les sociétés d'assurance capteront la clientèle la plus rentable et laissera l'autre aux mutuelles.

Or, ce sont les dirigeants de la Fédération de la Mutualité Française qui ont demandé à ce que les directives sur l'assurance soient appliquées aux mutuelles. Les exigences financières (montant des fonds propres...) du nouveau code de la Mutualité promulgué à la suite de cet alignement ont entraîné la vague de restructuration et de fusion que connaît l'univers mutualiste.

Les dirigeants de la Fédération des Mutuelles de France, après s'être opposé à l'application des directives européennes, ont rejoint la FNMF en 2002.

Les Mutuelles qui ont refusé cette orientation se sont regroupées au sein de l'Union des Mutuelles Solidaires.

Dans le cadre d'une prise en charge des dépenses de soins à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, deux solutions seraient possibles pour les mutuelles.

La première est celle préconisée par l'Union des Mutuelles Solidaires. Cette Union qui préconise la prise en charge des soins à 100 % par l'assurance maladie, considère que le rôle des mutuelles devrait être de développer les actions de prévention, de gérer des centres de santé, des cliniques mutualistes et des maisons de retraite.

Le deuxième solution est avancée par le Syndicat de la Médecine Générale : intégrer les mutuelles au régime obligatoire (comme en Alsace-Moselle où la couverture obligatoire est de 90 %).

JJC

Le projet de Douste Blazy ne comblera pas le déficit !

Nous disposons aujourd'hui de chiffres plus précis.

Nous pouvons donc commencer à vérifier si le projet de Douste Blazy permettra, comme le gouvernement l'a annoncé, de combler le déficit « abyssal » et « structurel » de l'assurance maladie

Les recettes supplémentaires de l'assurance maladie

1 euro supplémentaire par feuille de soins : 600 millions d'euros.

L'augmentation du forfait hospitalier de 13 à 14 euros : 50 millions d'euros.

L'augmentation de 0,4 point du taux de la CSG des retraités, pré-retraités et titulaires de pension d'invalidité : 550 millions d'euros.

L'élargissement, de 95 à 97 % du salaire brut, de l'assiette de la CSG pour les salaires et les allocations chômage : 1 milliard d'euros.

L'augmentation de 0,7 % de la CSG sur les placements ne fera que compenser les conséquences de la disparition de l'avoir fiscal et ne rapportera donc rien à l'assurance maladie.

Soit un total de 2,2 milliards Euros à la charge des ménages, c'est-à-dire essentiellement du salariat.

L'augmentation de 0,03 % du taux de la CSSS taxant les entreprises dont le chiffre d'affaire est supérieur à 760 000

euros : 800 millions d'euros.

L'Etat, quant à lui, opérera un transfert de recettes au profit de l'assurance maladie : 1 milliard d'euros.

Le total des recettes supplémentaires de l'assurance maladie s'élèvera donc à 4 milliards d'euros.

Les économies sur les dépenses de l'assurance maladie

Diminution du nombre d'arrêts maladie : 500 millions d'euros, si l'on s'en tient aux chiffres de la CAM concernant les arrêts de travail jugés abusifs.

Généralisation des médicaments génériques : 1,3 milliard d'euros, selon l'étude de Claude Le Pen.

Economie sur les achats hospitalier : 1,5 milliard d'euros. C'est le chiffre de Douste-Blazy : prenons-le comme tel, mais avec des pincettes... Demandons-nous, en effet, pourquoi ces économies, si elles sont réellement possibles et justifiées, n'avaient pas déjà été réalisées...

Economie sur les frais financiers payés pour financer la dette : 1 milliard d'euros. Ces économies seront faites, essentiellement, sur le dos du salariat puisque la dette de la Sécurité sociale sera transférée à la CADES et financée par une augmentation ou/et un allongement de la durée de la CRDS.

Nous arrivons à un total de 4,3 milliards d'euros d'économies.

Il manque 7,7 ou 11,7 milliards d'euros

Le total des recettes supplémentaires et des économies annoncées s'élève donc à 8,3 milliards d'euro.

Si l'on s'en tient au chiffre de 16 milliards d'euros annoncé par Douste Blazy, il manque donc 7,7 milliards d'euros.

Mais, si l'on prend au sérieux les chiffres annoncés par le gouvernement au plus fort de sa dramatisation du déficit de l'assurance maladie, c'est 11,7 milliards qui manqueront à l'appel puisque le déficit annoncé pour 2007 était alors de 20 milliards d'euros !

Comment trouver ces 7,7 milliards ou ces 11,7 milliards d'euros ?

Est-ce la répression des arrêts de travail abusif, l'instauration du médecin traitant, du dossier médical partagé, du bon usage des médicaments, de bonnes pratiques médicales, l'effet dissuasif de la franchise de un euro par consultation qui y pourvoient ?

C'est tout à fait irréaliste. Le plus vraisemblable est que la droite se réserve là un nouveau prétexte (un déficit de 7 à 12 milliards d'euros !) pour accélérer, si elle reste au pouvoir, le rétrécissement du périmètre des soins remboursés par l'assurance maladie et ouvrir ainsi de nouveaux espaces aux assurances complémentaires.

JJC