

Le projet de loi Douste Blazy/Seillière de mise à mort de la Sécurité sociale transmis au Conseil d'Etat le 28 mai doit être analysé et combattu pour ce qu'il est

Comparé au rapport Chadelat et aux propositions du MEDEF, c'est du copie-coller, avec la manière : chattemite dans la forme, d'une grande violence dans la réalité.

1/ La fin de la Sécurité sociale de 1945

Comme le disait Chadelat, ex-directeur d'AXA assurances dans l'introduction de son rapport remis au gouvernement, la Sécurité sociale de 1945 a déjà beaucoup évolué et il suffit de peu pour en finir avec ce qu'il en reste. *« L'ordonnance du 4/10/1945 qui crée la Sécurité sociale a confié l'assurance maladie aux partenaires sociaux sous la tutelle de l'Etat. La couverture maladie était alors principalement un « salaire différé » financé par des cotisations sociales »... »L'extension progressive de notre couverture maladie vers son universalisation et le poids croissant des prestations de soins dans la richesse de notre pays ont indiscutablement fait évoluer les missions traditionnelles de l'assurance maladie » (note d'orientation remise par Douste Blazy aux organisations syndicales le 19 mai)*

2/ Place à l'Etat...

« Ces évolutions se sont traduites par une intervention croissante du Parlement... » (référence au plan Juppé confiant au Parlement la fixation d'objectifs financiers annuels)

« C'est à l'Etat qu'il revient de fixer les grandes orientations et de garantir les principes fondamentaux » (note d'orientation)

Le projet de loi permet à l'Etat de fixer des objectifs et les conditions de l'équilibre pluriannuels.

3/ Pour encadrer l'assurance maladie...

31/ Contractualiser les relations de l'assurance maladie avec l'Etat : il y aura un contrat pluriannuel et un « cahier des charges » (article 32 du projet de loi).

32/ La mettre sous tutelle :

321/ Une « Haute Autorité de santé » (article 19), *prétendument scientifique et indépendante mais dont les « 12 sages » seront nommés ... par l'Etat (Présidents de la République, de l'Assemblée Nationale, du Sénat, et du Conseil Economique et Social) chargée de :*

- recommander ce qui ne doit pas être remboursé (*« élaboration des décisions relatives à l'inscription au remboursement et à la prise en charge par l'assurance maladie des produits, actes ou prestations de santé ainsi qu'aux conditions de prise en charge des soins dispensés aux personnes atteintes d'affections de longue durée »*).
- normaliser les pratiques médicales (*« veiller à l'élaboration et à la diffusion de référentiels de bon usage des soins ou de bonne pratique »* vraisemblablement dans la droite ligne de la tarification à l'activité votée à l'automne 2003 pour les établissements hospitaliers et basée sur la fixation de tarifs forfaitaires par pathologie.

322/ Un « comité d'alerte » (article 22) est créée, au cas où les caisses nationales dépasseraient les objectifs financiers annuels. Encore très indépendant..., ce comité composé du Directeur général de l'INSEE, du secrétaire général de la commission des comptes – actuellement nommé par l'Etat, il sera nommé par le Premier Président de la Cour des Comptes- et d'un expert nommé par le président du Conseil Economique et Social, signalera les dépassements par rapport à l'objectif annuel. Aucun accord ayant pour conséquence une augmentation des

dépenses ne pourra alors être conclu et les caisses nationales seront alors tenues de prendre des mesures pour « *contribuer au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ». **Pour amuser la galerie, les caisses nationales se voient offrir chaque année la possibilité de faire une proposition d' « orientation budgétaire »** (elles peuvent déjà actuellement donner un avis sur les projets de loi de financement) mais...cette proposition doit contenir « *les mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie* »(article 21)

323/ Une « Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie – UNCAM – » (article 31) est créée pour chapeauter les principales caisses nationales (**Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés – CNAMTS – régime général couvrant 45 millions de personnes, Mutualité sociale agricole – MSA – couvrant les salariés et les exploitants agricoles, Caisse nationale des non salariés non agricoles – CANAM – couvrant les « indépendants » : artisans, commerçants et professions libérales**). Son rôle serait différent du rôle administratif joué actuellement par l'Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale – UCANSS – puisque la direction de cette UNCAM (**un directeur - celui de la CNAMTS - nommé par l'Etat, inamovible pour cinq ans, et un « conseil d'orientation »**) fixe les orientations annuelles de la politique conventionnelle avec les professions de santé et pourrait s'opposer à un accord.

324/ L'avenir de la direction de la CNAMTS et celle des CPAM, caisses locales actuelles du régime général (un conseil d'administration qui comprend à parité des représentants des salariés et des employeurs auxquels s'ajoutent des représentants de la Mutualité et des personnes qualifiées ; un directeur nommé par le directeur de la CNAMTS après proposition par celui-ci de trois noms au conseil d'administration) est le suivant : comme pour l'UNCAM, il est question de « conseil d'orientation ». Les conseils d'administration des caisses du régime général sont en effet supprimés et remplacés par des « conseils d'orientation », dont les pouvoirs sont réduits à un rôle consultatif (une majorité des deux tiers est nécessaire pour s'opposer aux projets du directeur) . **Les directeurs des caisses locales continueront à être nommés par le directeur de la CNAMTS.** La composition n'est, de fait, plus paritaire : s'il y aura encore un nombre égal de représentants des salariés désignés (toujours pas d'élection) par les organisations syndicales dites représentatives et de représentants des employeurs, s'y ajoutent des représentants de la Mutualité (nombre non précisé) et des représentants, en nombre non précisé, d' « autres acteurs de l'assurance maladie » articles 30 et 33). Et qui manque à l'appel en dehors des assurances privées ?

4/ Afin de limiter l'accès aux soins remboursés...

41/ Vous avez aimé le « panier de soins » du MEDEF à la sauce anglo-saxonne, vous adorerez le choix du synonyme « périmètre (de soins) remboursé par l'assurance maladie » (note d'orientation). **Plus précisément l'UNCAM proposera une liste des actes et des médicaments admis au remboursement, liste établie sur la base des avis de la Haute Autorité. L'Etat pourra y opposer un « refus motivé »** (article 24)

42/ A l'intérieur du panier devenu périmètre, les taux de remboursement pourront être modifiés par l'assurance maladie alors qu'actuellement c'est l'Etat (l'exécutif depuis 1985, le Parlement auparavant) mais... « dans des limites et des conditions fixées par décret fixées par voie réglementaire » (article 23)

5/ Et introduire les complémentaires (mutuelles et sociétés d'assurance) dans la gestion de l'assurance maladie – au même titre que l'assurance obligatoire – et dans le partage du gâteau

51/ «Pour assurer cette délégation de gestion élargie, les régimes d'assurance maladie devront s'appuyer sur un partenariat avec les organismes de couverture complémentaire....Les enjeux du partenariat sont majeurs : gestion cohérente des domaines remboursables , relation avec les professionnels de santé, partage des données de santé »(exposé des motifs de la loi).

Pour ce faire, au niveau national est créée une « Union Nationale des Organismes Complémentaires » - UNOC - qui regroupe l'ensemble des organismes assurant une couverture complémentaire (mutuelles et assurances privées).

52/ Cette Union est associée aux décisions prises par l'UNCAM en matière d'admission au remboursement et de fixation des taux. Elle est aussi associée à l'UNCAM pour les négociations avec les professionnels et « détermine annuellement les actions communes en matière de gestion du risque » (article 31)

53/ Pour faire bonne mesure, les contrats de couverture complémentaire pourront être aidés, fiscalement et socialement, par l'Etat. Le cahier des charges que devront alors respecter ces contrats sera soumis à l'avis de l'UNOC et de l'UNCAM.(article 32)

54/ Dès lors, certaines mesures du texte gouvernemental sont floues : quand il est question de faire plus participer « l'assurance maladie » au comité économique des produits de santé (qui a un important rôle dans la fixation du prix des médicaments et des taux de remboursement) et aux décisions sur le financement de l'hôpital, on ne sait s'il s'agit d'un gadget (il est prévu que le président du comité économique des produits de santé, nommé par l'Etat, ait une voix prépondérante dans le cadre d'une parité Etat/assurance maladie, et les CRAM étaient déjà associées à la planification hospitalière) ou s'il ne s'agit pas d'associer les assurances privées à ces décisions...

6/ Régionaliser l'offre de soins et la prévention

61/ La loi organise l' « offre de soins » et la prévention au niveau régional.(articles 36 et 37)

62/ « La coordination des soins passe aussi par le renforcement des liens entre la ville et l'hôpital au travers notamment d'un pilotage cohérent au niveau régional avec le rapprochement des ARH et des URCAM »(exposé des motifs de la loi) . Les URCAM (Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie) qui ont été créées par Juppé en 1996 sont des unions de toutes les caisses locales de tous les régimes, qui exercent un contrôle des dépenses en soins de ville, coordonnent le contrôle médical et sont censées s'occuper de prévention. Leurs conseils d'administration sont composés d'administrateurs des caisses locales. Les ARH et les URCAM s'occuperaient entre autre de la « permanence des soins » et du programme annuel de « gestion du risque » (article 37) Les « partenaires privilégiés » seraient les « organisations représentatives des professionnels...(Les Unions régionales des médecins libéraux par exemple) » (note d'orientation de Douste Blazy remise aux organisations syndicales le 19 mai).

7/ « Normaliser » l'accès aux soins des pauvres et les pratiques des médecins...

71/ Le contenu des visites de prévention sera établi par l'Etat ou par les régimes d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles et après avis de la Haute Autorité.

72/ Mise en place progressive de référentiels par la Haute Autorité permettant « l'utilisation de bonnes pratiques » et renforcement du rôle des médecins-conseils pour les « conseiller ».

73/ Désincitation à l'accès direct aux médecins sans passer par un médecin référent rebaptisé « traitant » qui pourra être aussi bien un spécialiste qu'un généraliste. Cette désincitation pourra se traduire par une augmentation de la part à charge en cas d'absence de médecin « traitant » (article 4) ou par un paiement plus cher de la consultation chez un spécialiste si l'on n'est pas passé avant par le généraliste « traitant » (article 5) (c'est à dire la majorité des cas !)

74/ « Dossier médical partagé », pour la ville et l'hôpital. Il faudra un miracle pour que ces informations médicales exhaustives, et électroniques, sur chaque patient ne finisse pas chez les assureurs privés, les banquiers et les employeurs curieux. Et ce dossier (dont on ne pourra refuser l'accès aux professionnels sous peine de non remboursement –article 2-) servira de base « objective » pour sanctionner ceux que la nouvelle Sécurité « sociale » qualifiera de consommateur abusif de soins.

75/ Culpabilisation, contrôles renforcés (numéro de téléphone du domicile sur les arrêts de travail) et sanctions (suspensions d'indemnités journalières avec information immédiate de l'employeur pour que celui ci puisse supprimer l'éventuel complément de salaire) de prétendus « abus » des assurés. (articles 14,15,16)

76/ Information des usagers sur la répartition de la pénurie par la mise en place de « plates-formes informatiques et téléphoniques sur les droits et l'offre de soins » à la ville et à l'hôpital, en liaison avec les URML.(note d'orientation du 19 mai)

8/ En laissant libres les honoraires...

81/ Pour les conventionnements des médecins, un droit d'opposition est reconnu aux syndicats majoritaires (article 28)

82/ Des dérogations individuelles seront possibles et les médecins concernés pourront être mieux payés : « les conventions pourront contenir une ou plusieurs options sur lesquelles les médecins pourront s'engager de manière individuelle »... « ces options consisteront en des engagements des professionnels aux différentes conditions de pratique en échange éventuellement d'un supplément de rémunération ou d'un avantage accessoire ».(note d'orientation du 19 mai)

83/ Si l'on passe chez un spécialiste du secteur 1, conventionné, sans être passer par un généraliste « traitant » avant, la consultation pourra être plus élevée plus élevée que le tarif conventionné et la différence ne sera pas remboursée. Au grand bénéfice du spécialiste qui pourra faire payer plus cher tout en continuant à relever du secteur 1, c'est à dire à continuer à bénéficier du paiement par la Sécurité sociale des deux tiers de ses cotisations sociales...Il paraît que les médecins ont bien accueilli le projet gouvernemental...

9/ Et pour assurer les profits des industries pharmaceutiques, de l'industrie du matériel médical, des assurances privées et la prospérité du corps médical, faire payer les assurés sociaux et essentiellement les salariés (articles 40, 42, 43, 44)

91/ 1 euro supplémentaire non remboursé par consultation ou acte médical (et encore pour l'année 2005 seulement, les organisations syndicales ayant entendu Douste Blazy les informer verbalement que la direction de la nouvelle Sécurité « sociale » pourrait décider sans le Parlement et sans les syndicats d'augmenter ce montant autant que de besoin.

92/ passage du forfait hospitalier à 14 euros par jour . Ce forfait venait de passer de 10,65 à 13 euros, cela fait une augmentation de 31%...

93/ augmentation de la C.S.G sur les revenus de remplacement (0,4%). Douste a parlé des retraités, mais le terme « revenus de remplacement » concerne aussi les chômeurs

94/ augmentation de la C.S.G et de la C.R.D.S sur les salariés (elle portera sur 97 % du salaire au lieu de 95 %)

95/ transfert des 35 milliards d'euros de déficit cumulé de l'assurance maladie à l'Etat (CADES) : paiement sous forme d'impôt, par les salariés essentiellement, de la dette dont sont pourtant responsables les patrons (non paiement des cotisations patronales) avec la main de l'Etat. Et ce pour une durée indéterminée...

96/ et pour les entreprises ?... rien pour les cotisations sociales en voie de disparition, rien pour les petites entreprises, une légère obole pour les plus grosses, celles dont le chiffre d'affaires dépasse 760 000 euros acquitteront 0,16 % du chiffre d'affaires au lieu de 0,13 %.

Conclusion : Laissons la parole au MEDEF : "Le MEDEF prend acte de ce que le gouvernement renonce à la gestion paritaire syndicats-employeurs de l'assurance maladie et rappelle qu'il en a dénoncé l'inefficacité au point de la quitter, il y a trois ans. Il approuve la mise en place d'un système de gestion qui donne à une direction nommée par l'État et inamovible pour cinq ans le pouvoir de décision. Il accepte dans ces conditions de participer à un conseil d'orientation représentatif de la société civile."

Le MEDEF a décidé de réintégrer les caisses d'assurance maladie, qu'attendons-nous pour réintégrer la rue ?

La Sécu, ça vous concerne.

LA SECURITE SOCIALE, UN SYSTEME SOLIDAIRE ET EFFICACE.

Notre système de Sécurité Sociale repose sur les principes de répartition et de solidarité : les recettes provenant essentiellement des cotisations sur nos salaires, sont redistribuées en fonction des besoins de chacun : aujourd'hui c'est vous, demain ce sera moi. Il s'agit d'un système efficace et performant. Depuis 1945, il garantit une vie décente à tous, en limitant la pauvreté et la maladie :

- Une espérance de vie bien plus longue : 74 ans pour les hommes, 82 ans pour les femmes. Surtout : l'espérance de vie sans incapacité a considérablement augmenté.
- Une mortalité infantile réduite.
- Des soins de qualité pour tous en milieu hospitalier et en médecine de ville.
- D'une manière générale, la sécurité d'être protégé face aux risques de la vie.

Il n'existe pas de système privé pouvant se réclamer d'un tel résultat de progrès social. Aux Etats-Unis, où la protection santé repose essentiellement sur l'assurance privée, la part de la richesse produite (PIB), consacrée au financement de la santé est nettement plus élevée (14 % contre 10 % en France), mais la santé de la population est nettement moins bonne. 41 millions d'Américains ne disposent d'aucune couverture sociale : des salariés pauvres et même des salariés bien payés perdent leur protection, à cause d'une perte d'emploi et des primes d'assurances toujours plus chères.

La France, qui a réussi à bâtir son système de protection sociale immédiatement après la guerre, ne serait plus capable de le garantir dans une situation de paix, avec tant de richesses accumulées ?

Certainement, ce bel outil doit être amélioré ; il y a des critiques à faire, mais doit-on laisser agir un gouvernement qui entreprend la casse dès le lendemain des élections régionales ?

LA SECURITE SOCIALE EST GRAVEMENT MENACEE PAR LE GOUVERNEMENT.

Le patronat n'a jamais accepté notre système basé sur la solidarité. Il exige sa privatisation et ne veut plus payer les cotisations, pour lesquelles il bénéficie déjà de 20 milliards d'euros d'exonérations par an : le déficit actuel de l'assurance-maladie s'élève à 10 milliards d'euros ! Chadelat, ancien directeur du secteur de l'assurance maladie du groupe financier AXA, concrétise cela dans son rapport au gouvernement. Ses idées ne sont rien d'autres que celles de la Banque Mondiale, qui prône un système à 3 niveaux :

- 1° un niveau minimal de protection solidaire et obligatoire, géré par la Sécurité Sociale
- 2° un régime complémentaire non obligatoire, mais fortement conseillé, géré par les mutuelles et les assurances privées, et accompagné d'une aide financière aux « plus démunis »
- 3° une assurance totalement facultative, gérée par les assurances privées seules.

En matière d'hospitalisation, le projet *Hôpital 2007* amorcé par le gouvernement s'engage dans une voie inacceptable. L'instauration de pôles d'activités autonomes, la mise en concurrence des établissements, la tarification à l'activité, la possibilité de recourir à des emplois de droit privé relève d'une logique purement financière de la gestion hospitalière et

menace la mission de service public. Les inégalités sociales, face à la maladie, augmenteront : la création, puis l'augmentation du forfait hospitalier va déjà dans ce sens.

En matière de soins ambulatoires, le gouvernement diminue fortement les remboursements de soins. Il envisage de déplacer progressivement des soins et des services du régime solidaire vers des régimes complémentaires et surtout vers des assurances privées. La Sécurité Sociale, qui couvre tout le monde de la même manière, quelle que soit la cotisation apportée, ne prendrait en charge qu'un minimum vital de soins. Nombre de gens risqueront de ne plus avoir accès à une partie essentielle des soins, car n'ayant pas les moyens de cotiser à une bonne assurance complémentaire. Face au désengagement progressif du régime obligatoire et face à la mise en concurrence avec les assurances privées, les mutuelles auront du mal à offrir une couverture « correcte » à tous leurs adhérents, qui payent déjà en 2004 12 % de plus qu'en 2003 en moyenne.

POUR UNE MEILLEURE SANTE POUR TOUS,

MOBILISONS-NOUS !

Augmenter le nombre de cotisants en diminuant le chômage financera la Sécurité Sociale : 100.000 emplois = 1 milliard d'euros de cotisations et de ressources supplémentaires. Pourquoi ne pas favoriser une politique de plein-emploi ?

La Sécurité Sociale souffre de l'inégalité de partage de la valeur ajoutée : depuis 20 ans, la part de la richesse nationale distribuée aux salariés a diminué de 10 points au profit du patronat. Une réforme des cotisations qui pèserait davantage sur les revenus du capital que sur celui du travail est nécessaire !

Redonner à la Sécurité Sociale son caractère démocratique, en restaurant les élections des représentants des assurés sociaux pour la gestion budgétaire et politique.

Soutenir au sein des instances mutualistes, le combat pour le maintien des principes de solidarité, et refuser la loi du profit des assurances privées. Concrètement, donnons-nous les moyens de refus de toute différenciation des sociétaires selon l'âge, le statut ou les pathologies.

Engager une politique de prévention ambitieuse. Développer la santé publique, l'éducation à la Santé. Evaluer et contrôler publiquement l'efficacité et les prix des médicaments.

Le gouvernement envisage de procéder par ordonnances, sans débat public ni parlementaire, durant la période estivale. N'attendons plus ! Mobilisons-nous !

Le collectif « **La Sécurité Sociale et l'hôpital public sont à NOUS, défendons-les !** »

tél : 04 67 79 17 67

mel : secu.a.nous@no-log.org