

Assurance maladie

La machine infernale passe à la vitesse supérieure

Jean-Jacques Chavigné

Le dernier rapport de la Cour des comptes et les mesures que le gouvernement voudrait imposer dans la Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) pour 2006, indiquent sans ambiguïté, que cette machine infernale est bien une réalité et qu'elle passe maintenant à la vitesse supérieures.

Les deux éléments de la machine infernale

Le premier élément, c'est la mise à l'écart des Conseils d'Administration des caisses d'assurance maladie et des représentants des salariés qui n'ont plus aucune pouvoir de décision sur l'utilisation des ressources de l'assurance maladie. Ce pouvoir est concentré entre les mains du directeur de l'Union des Caisses d'Assurance Maladie, c'est-à-dire de l'Etat. L'Etat reste maintenant seul maître de décider du « périmètre des soins remboursés » par l'assurance maladie. Or, l'objectif des libéraux qui nous gouvernent est de diminuer autant qu'ils le pourront ce périmètre. Ils feront ainsi d'une pierre deux coups : les cotisations sociales (tout particulièrement patronales) n'augmenteront pas et des pans entiers de l'assurance maladie s'ouvriront aux assurances complémentaires.

Le deuxième élément c'est le maintien du déficit de l'assurance-maladie. En tablant sur 7 milliards d'économie liées à de « bonnes pratiques médicales » et au « changement de comportement des patients », la droite était sûre de son coup : le déficit ne pouvait que se maintenir et justifier la diminution du périmètre des soins remboursés par l'assurance-maladie.

Comment, en effet, penser qu'après avoir opéré un désarmement unilatéral devant les médecins libéraux (consultation à 20 € pour les généralistes, augmentation des tarifs des médecins spécialistes) il était possible d'attendre eux qu'ils changent leurs comportements ?

Quant au « changement de comportement » des patients, en instaurant une franchise de 18 euros sur les actes médicaux supérieurs à 91 euros, la droite vient d'avouer sans la moindre honte que ce n'était qu'une mascarade. C'est ce qu'illustre parfaitement la formule de l'économiste Thomas Piketty dans Libération du 3 octobre : « Attendre d'une telle franchise qu'elle contribue à réduire la demande de soins est une supercherie : autant imposer une taxe sur les frais d'obsèques pour faire diminuer la mortalité ! » En effet, les malades sur lesquels sont pratiqués de tels soins (en ville ou à l'hôpital) n'ont pas le choix.

Le maintien du déficit

Selon la cour des comptes le déficit de l'assurance-maladie atteignait 12,3 milliards d'euros en 2004. On voit mal, dans ces conditions, comment l'objectif fixé par Douste-Blazy (un retour à l'équilibre des comptes en 2007) pourrait être atteint.

La Cour des comptes indique clairement que les objectifs d'économie liés aux « bonnes pratiques » médicales était fallacieux.

Concernant les nouvelles classifications des actes médicaux, la Cour affirme « Ces réformes ont eu pour but d'actualiser la valeur monétaire des actes et de promouvoir d'efficacité et la qualité des pratiques. Si le premier but a été atteint, le second ne l'a pas été ».

Quant aux accords de bon usage des soins (les Acbus) qui prévoyaient que l'augmentation des tarifs des médecins serait compensée par un changement des pratiques professionnelles, la Cour estime : « Il apparaît que ces engagements se bornent le plus souvent à entériner des pratiques existantes et n'ont servi qu'à justifier des revalorisations tarifaires ». Seule la campagne sur l'usage des antibiotiques trouve grâce à ses yeux.

La Cour précise même « le comportement des professionnels de santé est de maximiser leurs revenus ». Elle reproche à l'assurance-maladie de ne pas en avoir tiré les conclusions...

Cela n'empêche pas la Cour des comptes de trouver opportune la loi Douste-Blazy. Compréhensible qui pourra.

La diminution du périmètre de soins

Le maintien du déficit fournit le prétexte à une nouvelle diminution du périmètre des soins.

Le PLFSS décide donc d'augmenter le forfait hospitalier augmente d'un euro (de 14 à 15 euros), alors qu'en 2004, il avait déjà augmenté d'un euro.

Et, alors que Xavier Bertrand ne l'avait même pas évoqué lors de sa conférence de presse, le PLFSS instaure une franchise de 18 euros pour les actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros, dans le cadre de la médecine de ville ou d'une hospitalisation. En seront, certes et pour le moment, exonérés, les femmes enceintes, les nouveaux-nés hospitalisés, les accidentés du travail et les invalides les personnes atteintes d'une affection de longue durée (cancer, sida, diabète...)

Ce forfait et cette franchise resteront donc à la charge des patients. Cela aura deux conséquences. La première sera l'augmentation du coût des assurances complémentaires. C'est d'ailleurs exactement l'objectif que se fixaient les libéraux lorsque le rapport Chadelat (qui a servi de fil conducteur à la réforme Douste-Blazy) indiquait que son but était de faire « varier le curseur » du financement des dépenses de santé, de l'assurance maladie vers les assurances complémentaires. La deuxième conséquence sera d'accentuer les inégalités d'accès aux soins pour les salariés des PME, les chômeurs, les retraités qui n'ont pas de participation de leur entreprise au financement d'une assurance complémentaire.

Le financement des soins à 100 % par l'assurance maladie est plus que jamais la seule perspective pour tous ceux qui considèrent que l'égalité d'accès aux soins n'est pas « un archaïsme »... Le président de la Mutualité française, Jean-Pierre Davant, ne va-t-il pas, lui-même, dans cette direction lorsqu'il proclame : « On peut quand même s'inquiéter d'une tel mouvement de désengagement de la solidarité nationale » (Le Monde du 30 septembre 2005) ?

Les autres mesures du PLFSS

Pour tenter de faire avaler sa potion, le gouvernement prévoit de revaloriser l'aide au complémentaire. Cette aide concerne les personnes qui ne bénéficient pas de la CMU mais dont le revenu n'est pas supérieur de plus de 15 % au revenu ouvrant droit à la CMU.

Elle devrait s'élever à 100 euros par an pour les moins de 25 ans, à 200 euros pour les personnes de 26 à 59 ans, de 400 euros pour les personnes de plus de 60 ans.

Mais, cette aide ne concerne qu'une toute petite partie de la population : avec un revenu supérieur de 16 % à celui ouvrant à la CMU on n'est plus concerné.

Mais cette revalorisation est dérisoire : 2 euros par mois pour les moins de 25 ans ; 4 euros par mois pour les 26-59 ans. Elle peut paraître plus conséquente pour les plus de 60 ans (12,5 euros par mois) mais comment pourra-t-elle compenser non seulement l'augmentation du coût des complémentaires pour les plus de 60 ans mais surtout leur éviction programmée, même si elle sera sans doute sélective, de l'assurance complémentaire ? D'autant que la cotisation sur les retraites augmentera de 0,2 points ! Décidément, mieux vaudra être jeune, riche et en bonne santé que vieux, pauvre et malade...

10 médicaments ne seront plus autorisés à la vente parce que l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) les considère comme dangereux.

156 médicaments ne seront plus remboursés à dater du 1^{er} mars 2006, leur « service médical rendu » (SMR) étant jugé insuffisant par la Haute autorité de santé (HAS). 62 veinotiques seront pris en charge par l'assurance-maladie en 2006 et 2007 à un taux de 15 %.

Il est parfaitement compréhensible que des médicaments jugés dangereux ne puissent plus être vendus et que des médicaments inefficaces ne soient plus remboursés par l'assurance maladie. Il est plus difficile de comprendre la signification d'un taux de remboursement de 15 % : le restant sera remboursé par les complémentaires qui verront là une nouvelle justification à l'augmentation de leurs tarifs (pour tous leurs adhérents !) alors que ces médicaments sont jugés inutiles. A l'évidence, ce sont surtout les intérêts de l'industrie pharmaceutique que ménage ainsi le gouvernement.

Ces mesures sont de toutes façon des mesures cosmétiques : c'est sur l'ensemble de la politique du médicament : recherche, autorisation de mise sur le marché, distribution, que l'Etat doit agir. La dépense consacrée aux médicaments par habitant est, en effet, deux fois et demi supérieure à celle du Danemark. Avec une dépense par habitant équivalente à celle du Danemark, les 3/4 du déficit de l'assurance-maladie disparaîtrait.

Le gouvernement, après en avoir annoncé l'idée, semble avoir renoncé à faire payer au patronat une cotisation de 7,5 % sur les sommes versées aux salariés au titre de l'intéressement. Cela ne paraissait pourtant pas excessif : le patronat ne verse aucune cotisation sur ces sommes alors que les salariés paient la CSG et le CRDS. D'autant, comme le soulignait lui-même Le Figaro du 26 septembre 2005, que : « les entreprises ont été relativement épargnées par la réforme Douste-Blazy : sur les 15 milliards en 3 ans qu'elles doit produire, les entreprises ne contribuent que pour 780 millions »... Cette cotisation n'aurait accru les ressources de l'assurance-maladie que de 400 millions. Nous aurions donc, de toute façon, été très loin du compte. C'est la répartition des richesses entre le travail et le capital qu'il faut changer, en profondeur. Ce n'est qu'à ce prix que nous pourrions sauver notre assurance maladie et la rendre vraiment solidaire.