



N° 6

4 RUE PAUL ELUARD 76 300 SOTTEVILLE LES ROUEN
TEL 02 32 95 11 41 et FAX 02 32 95 11 44 OU POSTE 3610 / 3612

PERMANENCES LES MARDI
ET JEUDI TOUTE LA JOURNEE
SOTTEVILLE 28/05/04

S.O.S. SECU
S.O.S. HOPITAL

Ni « santé à deux vitesses », ni privatisation de l'assurance maladie

Pour la « sécu » il y a urgence

Le 5 Juin tous à la manifestation unitaire

A l'appel de C.G.T. , F.S.U. Solidaires (SUD), U.N.S.A.

14 H Cours Clémenceau à Rouen

Le « plan » annoncé par le Gouvernement peut se résumer simplement

- Dans l'immédiat faire payer davantage les assurés sociaux en les remboursant moins
- Entamer la privatisation de sa sécurité sociale au nom d'une nouvelle « gouvernance »

Nous resumons ci dessous les différentes mesures annoncées (à gauche) avec le commentaire de la C.G.T. (à droite)

Plan Douste Blazy	Commentaire C.G.T.
Limitation des soins remboursés	
Forfait de 1 € pour chaque consultation <u>non remboursable</u> par les complémentaires	Comme toutes les mesures qui prétendent « responsabiliser » par l'argent. Elles aggravent les inégalités sociales. Il s'agit d'habituer le malade à payer « de sa poche » La pièce d'un € deviendra vite un gros billet (comme pour le forfait journalier) interdisant les soins aux plus pauvres
Augmentation du forfait hospitalier de 1€ (il passera à 14 €)	En deux ans, ce forfait aura presque doublé, t contribuant à accroître les tarifs des mutuelles
Le remboursement des médicaments se fera sur la base du prix du générique le moins cher. Poursuite des déremboursements	Ce n'est pas l'assuré social qui prescrit le médicament. Il devra donc payer la différence si le médecin ne lui prescrit pas un générique !
Limitation de l'accès aux spécialistes. Il faudra passer d'abord par un « médecin traitant » pour aller consulter le spécialiste. Faute de quoi le spécialiste pourra pratiquer des « honoraires libres »	Ceux qui pourront payer accéderont quand ils le voudront aux spécialistes, les autres devront passer par le « filtre » du « médecin traitant » : et très rapidement ce sera <ul style="list-style-type: none"> • quelques jours d'attente seulement pour les clients « payants », • mais quelques semaines ou quelques mois pour les clients « remboursés » Cette mesure fait aussi le bonheur des spécialistes libéraux qui pourront largement pratiquer les honoraires libres !

Pour la défense de l'Hôpital Public, de l'Assurance Maladie et l'accès aux soins pour tous

Instauration du dossier médical informatisé.	Problème de la confidentialité de ce dossier : celui ci étant porté à la connaissance des assureurs complémentaires y compris privés ceux ci auront accès aux données confidentielles qui les intéressent beaucoup.
Pénalisation des arrêts de travail dits « abusifs »	
Sanctions contre les usagers et les médecins pour les arrêts de maladie dits abusifs	Pression de plus en plus forte pour « remettre au travail » très rapidement les salariés
Financement essentiel par les assurés sociaux par les assurés sociaux	
Le taux de la C.S.G. payée par les retraités imposables passerait de 6,2 à 6,6%	C'est l'une des catégories sociales les plus vulnérables qui doit payer l'accroissement de la CSG
Prolongation de l'impôt dit « Contribution pour le remboursement de la dette sociale » instauré par le plan Juppé Au-delà de 2014	Là encore ce sont les salariés qui paient
Relèvement de la contribution sociale de solidarité pour les sociétés de 0,13 à 1,16 % du chiffre d'affaire	Contribution purement symbolique : les 500 millions d'€ attendu correspondent à 1/40 eme des 20 milliards d'€ d'exonération de cotisations patronales accordées chaque année.

Mais derriere ces mesures de limitation des soins remboursés se cache l'aspect le plus grave du plan : la « réforme de la gouvernance » c'est à dire en clair l'organisation de la privatisation de l'assurance maladie. Le MEDEF ne s'y est pas trompé : c'est la mise en place de cette « nouvelle gouvernance » qui justifie pour lui l'approbation du Plan Douste Blazy et son retour dans la « pilotage » de l'assurance maladie.

En voici les pincipales dispositions :

Création d'une « Haute Autorité de Santé Publique » désignée par le pouvoir politique.	Il s'agit de couvrir d'une autorité « scientifique » les choix politiques de ne plus rembourser certains actes et médicaments sous couvert de « service rendu » insuffisant.
Fin du paritarisme : l'assurance maladie est dirigée par une direction inamovible pour 5 ans. Refus de toute élections des représentants des assurés sociaux	C'est la fin de toute forme de participation à la gestion (même déformée) de leur cotisations sociales par les salariés. C'est désormais un PDG inamovible qui dirige. C'est un système encore plus anti-démocratique et autoritaire qui se met en place.
L'ensemble des caisses sont regroupées en une seule union nationale de l'assurance maladie	Désormais la « sécu » les mutuelles et les assurances définiront ensemble le niveau de remboursement des uns et des autres : c'est la mise en place du « panier de soins » . les remboursement vont varier selon le niveau du « déficit » de l'assurance maladie.
En concertation avec les assurances complémentaires (c'est à dire les mutuelles et les assurances privées) Elles définiront le niveau des remboursements	C'est l'entrée des compagnies d'assurance et de leur principes marchands dans la gestion de la sécu : la privatisation est en marche. On comprend le retour du MEDEF !