

Avec l'annonce de la mise en place de franchises médicales, le démantèlement du système d'assurance maladie solidaire se poursuit pour favoriser le système assurantiel privé. Le soin y devient un simple bien de consommation contrairement à la Sécurité Sociale pour laquelle chacun cotise selon son revenu et reçoit en fonction de ses besoins,

Nouveaux coups bas contre la Sécu !

Les principales mesures : Les franchises

Conformément aux promesses du candidat Sarkozy, la ministre de la Santé veut mettre en place quatre nouvelles franchises médicales d'un euro par actes qui porteront sur les médicaments, les prises de sang, les consultations médicales et les hospitalisations. Elles seront débattues dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale en octobre prochain et s'appliqueront dès le 1 janvier 2008. Cette mesure soit disant basée sur la "responsabilité" des malades est injuste. Elle préjuge que les patients sont responsables de leur maladie et surtout des prescriptions des médecins. Elle est dangereuse car elle exclut des soins les familles les plus en difficultés financières. (10% de français sont hors toute forme de couverture complémentaire).

Ces nouvelles franchises vont s'ajouter au forfait hospitalier de 16euros/jour, au 1euro sur tous les actes médicaux, aux 18 euros sur les actes médicaux supérieurs à 91 euros sans compter les remboursements d'un nombre croissant de médicaments et aux dépassements d'honoraires. Ces franchises ont vocation de varier en fonction du déficit de la sécu comme "variables d'ajustement".

Le plan d'économie

Le gouvernement prépare aussi un plan d'économie de 1,5 milliard d'euros d'ici la fin de l'année. Les différentes mesures devraient être annoncées dès le 1er juillet 2007, tout cela sans consultation des différents corps concernés, médecins, syndicats, associations de malades etc.... Même si tout le monde devra faire des efforts les patients seront encore pénalisés sur les arrêts maladie qui sont soi-disant encore trop nombreux, les patients qui ne respectent pas le parcours de soin ne devraient être remboursés qu'à 50%. Certains examens radiologiques coûteux devraient diminuer. Les prothèses, comme les transports sanitaires seraient moins remboursés.

Les restructurations

Les économies se font aussi au détriment de

l'offre de soins publics. Le plan de démantèlement de l'hôpital public se poursuit. Les regroupements d'hôpitaux, la fermeture de 113 blocs opératoires sont toujours d'actualité ainsi que la suppression d'un fonctionnaire sur deux.

Les cadeaux aux patrons

Alors que l'on prévoit un plan d'économie payé en grande partie par les assurés, le gouvernement met en péril les recettes de la sécurité sociale en exonérant de cotisations sociales les heures supplémentaires. Cela s'ajoute aux différentes exonérations accordées ces dernières années, pour les salaires jusqu'à 1,6 du SMIC, pour les différents contrats aidés....

Malgré les promesses du gouvernement ces exonérations ne sont pas compensées par l'Etat qui doit 5,2 milliards en 2006.

Le but est de transférer le paiement de la Protection sociale sur les impôts et non plus sur les salaires. L'instauration d'une "TVA sociale" (5% supplémentaire) en serait l'illustration. Elle représenterait un allègement des cotisations sociales de plus de 30% qui ne seront pas reversées aux salariés, le but étant de baisser le coût du travail. Ces mesures n'ont jamais généré d'emplois mais toujours augmenté les profits.

La lutte nécessaire

Tout est fait pour transformer notre système de protection sociale basé sur la socialisation d'une partie des salaires et sur la solidarité en un régime assurantiel commercial basé sur les revenus.

C'est la remise en cause des principes fondateurs de la Sécurité Sociale mis en place au lendemain de la guerre dans un pays certes non soumis à la mondialisation, mais ruiné par la guerre.

Des mobilisations s'organisent contre la mise en place des franchises médicales et sur l'accès aux soins. Une action doit s'organiser à la rentrée. (cf encadré P. 2)

Sud Santé Sociaux y prendra toute sa place et appelle l'ensemble des salariés à venir défendre cet acquis essentiel, la sécurité sociale. Pour un accès gratuit aux soins et mettre en application le principe fondateur où chacun reçoit en fonction de ses besoins et cotise en fonction de ses moyens.



Fédération Sud
Santé-Sociaux
"Solidaires - Unitaires -
Démocratiques"
2 rue Henri Chevreau -
75020 Paris
Tel : 01 40 33 85 00
Fax : 01 43 49 28 67
Site internet :
www.sud-sante.org

Paris, le 30 juin 2007

Le nouveau plan d'économie du gouvernement

La réforme de Douste Blazy a mis en place un comité d'alerte pour surveiller les dépenses de l'assurance de maladie. En cas de dérapage des comptes, ce comité se réunit et fait des préconisations qui doivent s'appliquer dans les deux mois qui suivent;

Le gouvernement prépare un plan d'économie de 1,5 milliards d'euros pour le 1^{er} juillet 2007.

Les différents axes de travail du plan et les commentaires :

a) Intensifier le recours aux médicaments génériques sous peine de non remboursement. pourtant ce ne sont pas les patients qui prescrivent ni se "servent" dans les pharmacies.

b) lutter contre « la surprescription » d'arrêts de travail et de médicaments. Cette mesure était déjà dans la réforme de 2004. Les arrêts maladie ont baissé de 5.8% en 2006. Les salariés ne sont pas moins malades, mais s'arrêtent moins compte tenu de la pression exercée. Sans compter les trois jours de carence non remboursés par la sécu et qui ne rentrent pas en ligne de compte.

c) davantage « pénaliser » les patients ne « respectant pas » le « parcours de soins ». Depuis le 1^{er} janvier 2006 la prise en charge des soins de l'assuré qui n'a pas choisi un médecin traitant est passé de 70% à 60%. Cela baisserait à 50%. C'est un dispositif qui n'a qu'une logique comptable.

d) minorer les tarifs de certains actes pratiqués par des spécialistes. Cette idée risque de renforcer les dépassements d'honoraire et les dessous de table.

e) limiter les prescriptions de transports sanitaires. Ces transports sont déjà soumis à autorisation et ont déjà été limités laissant une charge supplémentaire aux personnes. Les efforts portent essentiellement sur les assurés.

f) autres pistes étudiées dé plafonnement des 50 euros annuels sur les consultations, diminution de certains examens notamment radiologiques, glissement de tâches entre médecins et infirmières notamment les vaccinations.

L'exonération des cotisations sociales, ce sont les salariés qui la payent

La Sécurité Sociale n'est pas malade de ses dépenses mais surtout de ses recettes. Le chômage entraîne un manque de cotisations, 100 000 chômeurs = 1 milliard de recettes en moins.

L'état fait cadeau aux patrons de nombreuses exonérations de cotisations sociales : sur les salaires jusqu'à 1,6 fois le SMIC, sur la majorité des emplois aidés et bientôt sur les heures sup-plémentaires. Ces exonérations non compensées par l'Etat en 2006 s'élèvent à 25 milliards soit 12% de plus qu'en 2005.

Ces cotisations sociales, appelées abusivement "charges" par les patrons, sont une partie du salaire mutualisé qui bénéficie à tous. Les exonérations de cotisations accordées aux entreprises représentent un coût très important pour la collectivité car leur financement est de fait transféré sur les ménages. En effet, ces exonérations sont compensées par les impôts lesquels sont alimentés en forte proportion par la TVA et donc payée par les consommateurs.

Le transfert du financement de la Sécurité Sociale vers l'impôt a commencé en 1990 avec la création par Rocard de la CSG (contribution sociale généralisée) puis par la CRDS (contribution au remboursement de la dette sociale) créée en 1996 par Juppé.

La gauche comme la droite ont pratiqué des exonérations de cotisations pour soi-disant lutter contre le chômage et favoriser la création d'emplois. En 20 ans, cela n'a pas résolu les problèmes de financement de la sécu, par contre les profits des entreprises ont augmentés de 10 points de PIB, cherchez l'erreur!

L'Etat doit en outre à la sécu les taxes sur l'alcool et le tabac, sur l'environnement (taxe versée par les industries polluantes) qu'il ne reverse pas. M Douste Blazy, alors ministre de la santé, avait justifié que le gouvernement ne reverse pas ces fonds pour ne pas augmenter le déficit de l'Etat. L'état se renflouant sur le dos des cotisations sociales!

Depuis 20 ans, les exonérations successives de cotisations sociales non compensées par l'Etat se sont multipliées

La Sécu n'est pas malade de ses dépenses, mais de son manque de recettes !



Le collectif contre les franchises et pour la défense de l'accès aux soins appelle à la tenue de réunions publiques partout en France le 29 septembre, sous forme de "4h contre la franchise", ainsi qu'à une journée de manifestations décentralisées le 20 octobre. L'été étant consacré à la préparation de ces initiatives.

Les franchises médicales :

Cette notion est empruntée au secteur assurantiel. Après l'assurance voiture voici pour bientôt l'assurance santé.

Voici ce qu'écrit Christian Lehmann, médecin, à l'origine de la pétition contre la franchise sur la responsabilisation des assurés :

« le déficit de la sécu ne serait pas dû à la désorganisation du système, ni à la fâcheuse tendance du pouvoir à céder aux lobbies des plus puissants, ni au glissement progressif depuis 1982, de 10% de la richesse nationale brute des revenus du travail vers les revenus financiers qui sont partiellement exonérés, mais à l'irresponsabilité des malades "consommateurs de soins". En réalité les patients sont de longue date responsabilisés financièrement : outre le paiement des cotisations d'assurance maladie, ils sont confrontés au ticket modérateur, au forfait plafonné à 50 euros par an sur les consultations et actes de biologie, au forfait de 18 euros sur les actes techniques, au forfait hospitalier journalier de 16 euros..... **Le fait d'instaurer une franchise supplémentaire n'a donc pas pour but de responsabiliser les malades, mais de fragiliser l'adhésion à un système solidaire, et de rendre plus attractif pour des assurés jeunes et en bonne santé le discours des assurances privées** »

Appliquer une franchise c'est dissuader les patients de se faire soigner pour des maladies apparemment peu sévères, mais qui, faute de soins, risquent de s'aggraver et coûteront plus cher ensuite ; C'est nier la prévention. C'est rendre aléatoire l'accès aux soins d'une partie de plus en plus grande de la population. C'est à terme une aggravation de l'état de santé de la population la plus fragilisée par la précarité. **C'est l'inverse d'une politique de santé publique cohérente.**

Appel a signer et à faire signer la pétition en ligne pour ceux qui ne l'ont pas encore fait:
appelcontrelafranchise.org



Un peu d'histoire

Le système de protection sociale français est issu du programme du Conseil National de la Résistance. C'est une prise en charge solidaire des aléas de la vie, financée par une cotisation prise sur les salaires, appelée *sa-laire socialisé*. Cette cotisation est prélevée à la source c'est-à-dire qu'elle est versée directement par les patrons à la caisse de Sécurité Sociale.

Ce système a permis d'imposer qu'une part des richesses produites soit affectée obligatoirement à la solidarité entre actifs et inactifs, jeunes et vieux, bien portants et malades. C'est le concept d'une redistribution basée sur les besoins et non sur les ressources de chacun.

Dès sa naissance ce concept a dû faire face à une philosophie libérale agressive souhaitant s'approprier les milliards d'euros de cette solidarité collective (360 milliards) pour les transférer en direction de la sphère du profit.

Les mutuelles

Il était prévu un accès gratuit aux soins pour tous, une prise en charge à 100%. Ce dernier point n'a jamais été réalisé. Pour ne pas disparaître, les mutuelles acceptent de payer le complément, puis de combler les carences de l'assurance maladie obligatoire décidées par les gouvernements successifs. Mais en contre partie elles augmentent les cotisations de leurs adhérents. En 2001, elles perdent certains avantages attribués à la mutualité et sont soumis à la concurrence directe des assurances privées.

La gestion

Comme c'est du salaire ce sont les organisations syndicales qui gèrent la sécurité sociale. En 1967 de Gaulle impose le paritarisme et fait rentrer le patronat dans les conseils d'administration. Après de nombreuses attaques, en 1995 Juppé fait main basse sur la sécu par ordonnance. Il place la sécurité sociale sous contrôle direct de l'Etat.

Il décide que ce ne sont plus les partenaires sociaux qui votent le budget des dépenses d'assurance maladie mais le parlement. Il peaufine la politique menée aussi par la gauche de la maîtrise des dépenses de santé. La santé devient une marchandise, une entreprise qui doit être rentable et non plus un droit fondamental pour tous.

D'autres économies

Les médicaments

En 2005, les dépenses de médicaments ont poursuivi leur progression (+4.8%) alors qu'il était prévu d'économiser 2.13 milliards.

Le gouvernement est très sensible aux pressions exercées par l'industrie pharmaceutique, alors ce sont une nouvelle fois les ménages qui vont payer.

Ces dernières années sont mis en place des déremboursements de médicaments au nom d'une efficacité insuffisante, par exemple 152 au 1 mars 2006 ; d'autres voient leur remboursement passer de 35% à 15%. C'est le cas de 61 veinotoniques qui seront déremboursés au 1 janvier 2008. Maintenant ce sont les antalgiques qui sont sur la sellette alors que ce sont les médicaments le plus couramment utilisés. Pour SUD si un médicament n'est plus efficace on le retire de la distribution mais on ne diminue pas le remboursement. Il est utile ou non.

Autre mesure préconisée par l'ancien ministre de la santé Xavier Bertrand, l'automédication comme en Grande Bretagne et en Allemagne,

alors qu'il y a quelques années des campagnes étaient diffusées sur le danger de l'automédication. Mais voilà cela fait des visites en moins et souvent cela engendre la prise de médicaments non remboursés et donc cela ne coûte rien à la sécu. Il ne manque aux malades que le livre de recettes de tisanes de perlimpinpin ou de bain de sièges aux herbes.

Le but en fait n'est pas

de diminuer la prise de médicaments, il n'y a jamais eu autant de publicité pour des produits « dits de santé », mais c'est que cela se fasse hors sécurité sociale avec liberté de publicité, pour le plus grand profit des laboratoires .

Les affections longue durée

Plus de 7 millions de personnes sont atteintes d'une affection longue durée souvent des personnes âgées et gravement malades. La loi Douste Blazy a prévu de limiter cette prise en charge à 100% aux seuls effets de la maladie reconnue, excluant les pathologies annexes ou en découlant.. La réduction de ces prises en charge passe par l'élaboration entre le médecin traitant et le service médical d'un protocole de soins révisable périodiquement. Cela représente 455 millions d'économie sur 2005. C'est pitoyable !

... Economies ; mais pas pour tout le monde !

On a déjà vu les cadeaux au patronat mais il y a aussi les médecins libéraux. Un rapport du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie paru le 25 janvier 2007 indique « depuis 1990, les revenus des spécialistes ont bondi de 20% (déduction faite de l'inflation) tandis que les revenus salariaux, de leur côté, progressaient, cahin-caha de 8% ». La majorité des médecins a monnayé son soutien à la réforme en contrepartie d'une augmentation de ses tarifs. L'addition des augmentations d'honoraires consenties aux médecins avoisine les 900 000 millions d'euros. Malgré le plan d'économie l'augmentation des généralistes prévue au 1er juillet n'est pas remise en cause.

En août 2006, Xavier Bertrand a cédé, sans même consulter la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, devant les chirurgiens, gynécologues obstétriciens et anesthésistes libéraux qui demandait que les 2/3 de leur prime d'assurance professionnelle soit prise en charge par la sécu , et hop 20 millions par an directement dans les poches des assurances privées !

Des négociations se mènent actuellement, entre les syndicats de médecins, les caisses d'assurance maladie et les complémentaires pour la création d'un secteur optionnel dérégulé à la place du secteur II. Ce secteur permettrait à tous les médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires. Qui soignera les malades qui ne pourront pas payer ?



Revendications SUD :

- **L'annulation de toutes les exonérations des cotisations patronales,**
- **Une politique volontariste de l'emploi pour augmenter les recettes de la protection sociale,**
- **La mise en place du système universel avec prise en charge à 100% et la généralisation du système d'avance des frais médicaux (tiers payant),**
- **Un véritable droit à la santé mis en place dans le cadre d'une politique de santé publique,**
- **L'arrêt du démantèlement de l'hôpital public et de son étranglement financier, assorti d'un plan d'urgence pour l'emploi et la formation des salariés.**
- **La préservation de l'autonomie du budget de la protection sociale par rapport au budget de l'Etat,**
- **Une gestion démocratique avec le retour à l'élection des administrateurs par les salariés.**
- **Le retrait de toute forme de franchises et de TVA "sociale".**