

Assurance-maladie

Dans la rue

le 5 juin !

Les échéances se rapprochent. Le nouveau ministre de la Santé a décidé de maintenir le calendrier prévu par son prédécesseur et de faire adopter une loi sur "la gouvernance" de l'assurance-maladie au mois de juillet. Derrière ce terme volontairement flou se cache une réorganisation en profondeur qui permettrait aux assureurs privés et aux mutuelles d'être associés à la gestion de l'assurance-maladie obligatoire.

Suite au désastre politique qu'ont constitué pour le gouvernement les élections régionales, il est difficile de pouvoir remettre frontalement en cause l'existence même de l'assurance-maladie. A défaut, il s'agit de faire entrer le ver dans le fruit afin de pouvoir, de l'intérieur, changer le fonctionnement solidaire de la Sécurité sociale.

Mais d'autres mesures sont aussi envisagées, comme par exemple, à l'exemple du forfait hospitalier, la mise en place d'une franchise obligatoirement payée par les malades sur l'achat des médicaments ou la réduction de certains remboursements. La logique de ces mesures est de remettre toujours plus en cause l'égalité d'accès aux soins en reportant sur les malades une part encore plus grande des dépenses.

Concernant le financement, le gouvernement semble se résoudre à augmenter la CSG qui est pourtant supportée pour l'essentiel par les salariés. Ceux-ci seront donc touchés deux fois : leur revenu baissera avec l'augmentation de la CSG et ils devront payer plus pour être soignés.

Dans cette situation, il est urgent d'agir. La journée unitaire de manifestations du samedi 5 juin doit être la première étape d'une mobilisation d'ampleur pour faire reculer le gouvernement et imposer une Sécurité sociale solidaire qui permette l'accès à tous aux meilleurs soins disponibles.

Gouvernance, attention danger !

Le gouvernement a décidé de faire de la gouvernance de l'assurance-maladie son projet phare. Il s'agit de réorganiser la gestion de l'assurance-maladie, d'abord en réunissant les trois caisses d'assurance-maladie - Cnam pour les salariés, Canam pour les professions libérales, Msa pour les agriculteurs -, dans une seule structure. Si ce regroupement ne pose pas de problème en soi, cette nouvelle structure aurait la possibilité de faire varier les taux de remboursement suivant le comportement des malades. Il s'agirait là d'une gestion par la restriction de l'accès aux soins, les malades les plus "économiques" étant les mieux remboursés. Une telle logique ne peut que pénaliser ceux qui n'ont pas les moyens d'assurer par eux-mêmes un accès à des soins de qualité.

Mais il y a plus. Cette nouvelle structure devrait travailler en étroite collaboration avec les complémentaires. Or la logique des assureurs privés et de la plupart des mutuelles est totalement différente de celle de la Sécurité sociale. La sécurité sociale permet un accès égal aux soins pour tous et toutes. Chacun paie en fonction de son revenu, sans tenir compte du risque qu'il représente. C'est une différence fondamentale avec les assureurs privés et même la plupart des mutuelles pour qui les plus pauvres peuvent payer moins, mais avec pour conséquence une couverture moindre. Ainsi, dans l'assurance-maladie, non seulement tout le monde peut être couvert, mais tout le monde est couvert de la même façon.

L'introduction des mutuelles et des assureurs privés dans la gestion de l'assurance-maladie risque donc d'aboutir progressivement au remplacement de la logique de solidarité par celle de la rentabilité.

Aun tel projet, il faut répondre par l'exigence d'une démocratisation de l'assurance-maladie. Il s'agit d'abord de rétablir des élections à la Sécurité sociale afin que les assurés sociaux se réapproprient cet outil. Mais, il faut aussi organiser, tant au niveau local que national, des débats collectifs rassemblant tous les acteurs du système, organisations syndicales, associations de malades, mutuelles, professionnels de santé, etc. C'est à partir de ces débats que pourra être décidé ce qui doit être remboursé par l'assurance-maladie, c'est-à-dire les meilleurs soins disponibles, et en fonction de cela les moyens financiers à mettre en œuvre.

Quelle politique du médicament ?

Chaque français dépense en moyenne trois fois plus qu'un néerlandais pour des résultats thérapeutiques comparables ; plus de 130 000 hospitalisations sont dues chaque année à la surconsommation médicale.

Tout cela se fait pour le plus grand bénéfice des industries pharmaceutiques dont les profits sont proprement faramineux.

Cette situation est d'autant plus inadmissible que les nouveaux médicaments, dont le prix, de fait, est libre, coûtent 10 à 100 fois plus à la sécu que les médicaments antérieurs sans qu'ils aient fait la plupart du temps la preuve d'une meilleure efficacité.

Une nouvelle politique du médicament, permettant de contrôler les activités des multinationales du complexe médico-industriel doit être mise en place.

L'utilisation des génériques doit être obligatoire. C'est à la puissance publique de fixer les prix des nouveaux médicaments et d'autoriser leur mise sur le marché en fonction de leur apport thérapeutique réel comparé aux médicaments existants.

Enfin, la formation et l'information des médecins doivent être confiées à un organisme public indépendant de l'industrie pharmaceutique.

Financement : quelle solution ?

Le budget de l'assurance-maladie est aujourd'hui constitué de deux postes essentiels, la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations patronales.

La CSG est un impôt affecté à taux uniforme dont la base de calcul, son assiette, touche les revenus du capital et du travail. Une partie des rémunérations de certains salariés (participation, intéressement, stock-options) n'y est cependant pas soumise. De plus, une partie importante des revenus du capital bénéficie d'abattements et d'exonérations. Ainsi donc, la CSG est générée à près de 90 % par les salariés. De plus, il s'agit d'un impôt non progressif et donc profondément injuste car touchant de la même façon les ménages quel que soit leur degré de richesse.

L'augmentation de la CSG envisagée par le gouvernement est donc particulièrement injuste car cela revient encore une fois à faire payer les salariés et en premier lieu les plus modestes.

Trois mesures semblent donc nécessaires. Il faut d'abord que la participation, l'intéressement et les stock-options soient soumis à la CSG. Il faut ensuite rectifier le caractère inéquitable de cet impôt en le rendant fortement progressif pour mettre à contribution les hauts revenus. Il faut enfin que les revenus issus du capital soient plus fortement taxés que ceux du travail pour faire en sorte que les salariés ne soient plus les contributeurs essentiels de la CSG.

Cela est d'autant plus nécessaire qu'en vingt ans, la part des salaires (salaires directs et cotisations sociales) dans la valeur ajoutée, la richesse créée dans les entreprises, a baissé d'environ 10 points alors que dans le même temps l'investissement des entreprises stagnait et les revenus financiers explosaient.

Une piste de financement de l'assurance-maladie s'impose. Il s'agit de rééquilibrer la part des salaires dans la valeur ajoutée, sans toucher aux investissements, en diminuant d'autant les profits improductifs, dividendes versés aux actionnaires et bénéfices placés sur les marchés financiers. Ce rééquilibrage pourrait prendre la forme d'une augmentation des cotisations patronales.

Déficit, vous avez dit déficit...

Le déficit de l'assurance-maladie est aujourd'hui utilisé comme un prétexte pour imposer des régressions sociales.

Remarquons que l'assurance-maladie alterne régulièrement années de déficits records et années avec de très importants soldes positifs. Ainsi, récemment, la baisse du chômage, apportant des recettes nouvelles, a permis à la Sécurité sociale d'être excédentaire.

De fait sur la longue durée, l'assurance-maladie présente une situation d'équilibre.

Le déficit actuel est avant tout dû à un ralentissement des recettes, contrecoup de la croissance du chômage.

Mais l'Etat et le patronat ont aussi une responsabilité : exonérations de cotisations patronales non compensées par l'Etat (2 milliards d'euros), dette de l'Etat (4 milliards), dettes patronales (2 milliards).

Enfin, les employeurs ne déclarent pas tous les accidents du travail et les maladies professionnelles, ce qui correspond à un manque à gagner de plusieurs milliards d'euros pour la Sécurité sociale.

Mais surtout, il est possible d'augmenter les cotisations patronales. En effet, ces vingt dernières années, les employeurs ont vu leur taux de cotisations sociales n'augmenter que de 1,8 % alors que, dans le même temps, celui des salariés a augmenté de 8,2 %. Il est grand temps que le patronat rattrape son retard.

Dossier médical : oui mais...

Le ministre de la Santé a annoncé la mise en place d'un dossier médical informatisé. Cette mesure paraît a priori de bon sens. Ce dossier permettra aux médecins d'avoir une vue globale du patient, des examens effectués et des thérapeuties suivies.

Il faut cependant mettre un certain nombre de garde-fous pour en éviter les effets pervers. Un tel dossier ne doit pas devenir un instrument de restriction d'accès aux soins.

Il faut surtout que le secret médical soit respecté et que ce dossier ne puisse être accessible aux employeurs et aux complémentaires que ce soient les mutuelles ou les assurances privées. A contrario, ce dossier doit pouvoir être consulté par le patient.