

Mai 2007

## Fiche n°11 : assurance maladie, bilan d'une contre réforme libérale

En 2004 la réforme de l'assurance maladie était présentée comme nécessaire, structurelle et équitable ; le président de la République la considérait comme « *une étape décisive pour la sauvegarde et le renforcement* » de la protection sociale.

La réforme de l'assurance maladie votée en 2004 est donc entrée en application en 2005, l'année où la Sécurité Sociale célébrait son 60<sup>ème</sup> anniversaire.

Contrairement aux engagements pris, le retour à l'équilibre financier de l'assurance maladie à l'horizon 2007 ne sera pas tenu et la "responsabilisation de tous les acteurs" annoncée par le gouvernement aura concerné principalement les assurés sociaux. En définitive l'organisation du système de santé n'a pas été transformée et se soigner coûte de plus en plus cher aux assurés.

### Les comptes de la sécurité sociale restent fortement déséquilibrés

En 2006 le déficit de la sécurité sociale a été sensiblement réduit, passant de 11,6 milliards d'euros en 2005, à 9,7 milliards d'euros en 2006, alors que les deux "prétendues" réformes portant sur les retraites en 2003 et l'assurance maladie en 2004 étaient censées sauvegarder et pérenniser ces 2 branches de la sécurité sociale. Si le déficit de la branche maladie est en net recul, celui de la branche vieillesse ne cesse de se creuser. Ainsi, à l'exception de la branche accidents du travail, les trois autres branches du régime général resteront déficitaires en 2007.

#### Soldes par branches du régime général

En milliards d'€	2003	2004	2005	2006	2007
maladie	- 11,1	- 11,6	- 8,0	- 6,0	- 3,9
Accidents du travail	- 0,5	- 0,2	- 0,4	0,0	+ 0,1
Vieillesse	+ 0,9	+ 0,3	- 1,9	- 2,4	- 3,5
Famille	+ 0,4	- 0,4	- 1,3	- 1,3	- 0,7
Total régime général	- 10,2	- 11,9	- 11,6	- 9,7	- 8,0

La réduction du déficit de l'assurance maladie au cours de ces 2 dernières années s'explique

essentiellement par une augmentation des recettes:

- En 2006 la masse salariale a progressé de + 4,3% alors que les prévisions étaient de 3,7 % ; soit + 1 milliard,
- des recettes supplémentaires ont été tirées de la taxation des plans d'épargne logement de plus de 10 ans; soit + 2,1 milliards (cette somme ne se retrouvera pas les années suivantes),
- des recettes nouvelles (provenant de la contribution sociale généralisée CSG + 2,2 milliards, des droits sur les tabacs + 1 milliard, de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés C3S + 0,8 milliard) décidées dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

Dans une moindre mesure, la réduction du déficit résulte du ralentissement de certaines dépenses.

Dans le même temps les fonds de financement créés à côté de la Sécurité sociale accumulent les déficits et deviennent, de fait, des structures de cantonnement des déficits sociaux, comme le fait remarquer à juste titre la Cour des Comptes.

Le Fonds de Solidarité Vieillesse (FSV) est chargé de financer les « avantages » vieillesse non contributifs relevant de la solidarité nationale, comme les majorations de pension pour enfant, le minimum vieillesse, la validation gratuite des périodes de chômage, etc. Le FSV a été chargé de reprendre la dette de l'Etat envers les régimes complémentaires de retraite (AGIRC et ARRCO). Mais le déficit cumulé du FSV ne lui permet pas de régler les cotisations chômage dues aux organismes de retraite. La situation du Fonds de solidarité vieillesse, qui était déficitaire depuis 2002, s'est légèrement améliorée en 2006 du fait de la réduction des personnes prises en compte comme chômeurs pour lesquelles le FSV verse des cotisations.

Le Fonds de Financement des Prestations Sociales Agricoles (FFIPSA) créé le 1<sup>er</sup> janvier 2004 assure depuis cette date le financement et la gestion des prestations sociales des non salariés agricoles en lieu et place du Budget Annexe des Prestations Sociales Agricoles (BAPSA). Après avoir atteint -1,9 milliard d'euros en 2006, l'insuffisance de financement est évaluée à - 2,1 milliards pour 2007. Fin 2007, son déficit cumulé devrait s'élever à 5,4 milliards d'euros du fait du désengagement de l'Etat de son financement (suppression de la subvention d'équilibre automatique de l'Etat).

Dans son dernier rapport la Cour des Comptes plaide pour la suppression de ces fonds qui servent surtout à masquer la réalité de la situation financière de la branche retraite et du régime agricole.

Par ailleurs il ne faut pas perdre de vue les dettes de la sécurité sociale transférées à la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) : depuis sa création en 1996 la CADES (dont la durée de vie était limitée à 13 ans au départ) n'a cessé de reprendre les déficits de l'assurance maladie (y compris ceux de 2004, 2005, et 2006). De 44,6 milliards d'euros en 1996 la dette reprise par la CADES atteignait 110 milliards fin 2006. Compte tenu des remboursements déjà effectués, la CADES doit encore rembourser plus de 76 milliards d'euros. Il est maintenant programmé d'amortir l'ensemble de la dette de la CADES en 2022 !

## I- Se soigner coûte de plus en plus cher

Pour réduire le déficit de l'assurance maladie le gouvernement a très largement fait appel aux particuliers et très peu aux entreprises et aux employeurs.

### A- Qui paie la réforme ?

#### Les particuliers fortement mis à contribution

En 2005 la **Contribution Sociale Généralisée (CSG créée en 1990)** a été augmentée de deux façons : par une hausse du taux de cotisation de certains revenus particuliers (retraites, patrimoine, placements, jeux, etc) et par un élargissement de l'assiette des revenus d'activité et des allocations chômage (97% des revenus bruts sont désormais taxés contre 95% auparavant). Les rentrées provenant de la CSG ont progressé de 7,3% en 2005.

Les rentrées provenant de la **Contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS créée en 1996)**, qui a la même assiette que la CSG, ont aussi progressé en 2005 pour les mêmes raisons que la CSG. Sa durée de perception sera prolongée au delà de 2014 pour couvrir les déficits cumulés par la branche maladie de 1998 au 31 décembre 2006.

Par ailleurs, au 1<sup>er</sup> janvier 2006, les prélèvements sociaux (CSG, CRDS, prélèvement de 2% et contribution additionnelle, soit 11% au total) sur les intérêts tirés des plans d'épargne logement de plus de 10 ans ont été anticipés (recette attendue 2,1 milliards d'€).

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005 un **forfait d'un euro** a été instauré sur tous les actes médicaux, les radios et les analyses. La loi Douste-Blazy interdit le remboursement de ce super ticket modérateur d'ordre public (plafonné à 50 euros par an) par les complémentaires. Il est bien entendu à craindre que le montant de ce forfait soit augmenté à intervalles plus ou moins réguliers.

La loi de financement 2006 a instauré une **participation forfaitaire de 18 euros** (remboursable par les complémentaires) sur les actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros. Cette nouvelle franchise concerne notamment environ 13 millions d'actes de chirurgie ou de radiologie (sauf les IRM et les scanners pour lesquels il n'est pas exigé de participation forfaitaire de 18 euros) pratiqués, en général, à l'hôpital. Il ne s'agit donc pas de traitements de confort, mais d'actes lourds, auparavant pris en charge à 100 %.

De 14 euros en 2005, le **forfait hospitalier** a été porté à 15 euros en 2006 puis à 16 euros au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Les comptes nationaux de la santé en 2005 publiés par la direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DRESS) montrent que les dépenses de santé ont progressé de 3,8% par rapport à 2004, elles représentent 11,14% du PIB. La part restant à la charge des assurés a progressé de 8,47% à 8,74%, conséquence directe de l'instauration au 1<sup>er</sup> janvier 2005 du forfait de 1 euro par acte médical. En contrepartie la part de la sécurité sociale et des organismes complémentaires diminue dans la même proportion.**

## **Les entreprises et les employeurs très légèrement sollicités**

En 2005, les hausses de cotisations ont donc fortement pesé sur les assurés sociaux, la contribution supplémentaire demandée aux entreprises relevant plus du symbole ; elle a été opérée en procédant à une légère augmentation du taux de **la Contribution Sociale de Solidarité sur les Sociétés (C3S)** et à une extension de son champ d'application :

- création d'une contribution additionnelle de 0,03 % à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) instituée au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie (le rendement attendu est de 800 millions d'euros).
- extension aux organismes publics exerçant leur activité dans le domaine concurrentiel de l'assujettissement à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (70 millions d'euros attendus de cette mesure).

La C3S concerne les sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760 000 euros ; son taux est de 0,13 % depuis l'augmentation de 0,03 point ; la C3S a rapporté 3,3 milliards d'euros en 2003 ; elle est affectée aux régimes des non salariés non agricoles. Pour se conformer au droit européen, les mutuelles et les institutions de prévoyance sont également assujetties à la C3S, au même titre que les sociétés d'assurance.

Une mesure particulière vise les laboratoires pharmaceutiques : la taxe sur le chiffre d'affaires portant sur les médicaments remboursables est portée de 0,6 % à 1,76 % à titre exceptionnel en 2006 (+ 300 millions). Ce taux sera fixé à 1 % sur le chiffre d'affaires réalisé en 2007.

Par ailleurs en 2006 les cotisations **d'assurance vieillesse** ont été très légèrement augmentées (+ 0,2 point, avec un rendement supplémentaire attendu de 880 millions d'euros) de même que celles **d'accidents du travail** (+ 0,1 point, avec un rendement supplémentaire attendu de 415 millions d'euros).

## **La lutte contre les fraudes**

Que l'Assurance Maladie effectue des contrôles et agisse contre les fraudes est légitime s'agissant d'argent qui appartient aux assurés sociaux. Mais aujourd'hui, le gouvernement fait beaucoup d'agitation autour de cette question. Son but est de faire croire que c'est une des principales raisons du déficit. En réalité, les fraudes ne concernent qu'une minorité d'assurés ou de professionnels de santé. Le gouvernement veut en profiter pour autoriser la connexion entre fichiers de diverses administrations (CPAM, CAF, Impôts, URSSAF...). La CNIL a souligné le danger pour les libertés individuelles de l'interconnexion de tous les fichiers.

On est en droit d'attendre du gouvernement la même volonté politique pour lutter contre les fraudes fiscales et sociales évaluées entre à près de 50 milliards d'euros par le Conseil des prélèvements obligatoires.

## **B- Les exonérations de cotisations sociales: toujours à la hausse**

En 2006 la perte de recettes résultant des exonérations de cotisations sociales a fortement augmenté du fait de deux éléments: l'application en année pleine de la mise en place au 1<sup>er</sup> juillet 2005 de l'allègement dégressif unique remplaçant tous les dispositifs existants pour les salaires inférieurs à 1,6 SMIC et la multiplication des exonérations en faveur de publics particuliers (plan de cohésion sociale, plan d'urgence pour l'emploi, services à la personne....).

En 2006, ces pertes de recettes pour cause d'exonérations de cotisations sociales s'élevaient à près de 25 milliards d'euros soit + 12% par rapport à 2005:

- . 18,9 milliards d'allègements généraux compensés par des recettes fiscales versées par le budget de l'Etat ;
- 0. 2,9 milliards au titre des exonérations ciblées compensées par des dotations budgétaires;
- 0. 2,7 milliards d'exonérations non compensées par l'Etat (2,1 en 2005; 2,4 en 2006).

Les exonérations de cotisations accordées aux entreprises représentent un coût très important pour la collectivité, car, qu'elles soient compensées ou non par le budget de l'Etat aux régimes de sécurité sociale, leur financement est, dans tous les cas, de fait, transféré sur d'autres acteurs économiques, notamment les ménages; en effet quand l'Etat paye à la place des entreprises, les exonérations de cotisations sociales qui leur ont été accordées, il le fait à partir des recettes fiscales de son budget général, lequel est alimenté à près de 50% par la TVA payée par les consommateurs. Par ailleurs aucune étude n'a pu mesurer sérieusement l'impact de ces dispositifs sur les créations d'emplois. Dans son rapport publié en mars 2005 la Cour des comptes estimait que « les pouvoirs publics ne disposent pas d'une appréciation exhaustive et fiable de l'impact des dépenses considérables engagées dans les différents dispositifs d'aides à l'emploi ». En 2004, les compensations des allègements de « charges sociales » représentaient 70% des crédits consacrés aux aides à l'emploi.

A noter qu'en 2006, l'abattement lié au travail à temps partiel a été supprimé et il est programmé que le montant des exonérations non compensées doit s'accroître de 10% en 2007.

### **Le coût des niches sociales**

On appelle niches sociales les dispositifs dérogatoires: exonérations, abattements ...de cotisations sociales.

Selon la commission des finances, les pertes de recettes correspondantes avoisinent 50 milliards d'euros en 2007: 20 milliards d'allègements généraux de cotisations patronales, 5,5 milliards d'allègements ciblés de cotisations patronales (contrats aidés, zones franches, activités comme les restaurateurs, cafés..) 12 milliards d'exonérations au titre des compléments de rémunération (intéressement, participation ...mais soumis à la CSG ) et enfin 7,5 milliards au titre des taux réduits de CSG (revenus de remplacement).

*En 2007 le gouvernement doit présenter un bilan détaillé des différents dispositifs d'exonération de cotisations sociales dans le but de chiffrer les pertes de recettes pour l'Etat et la sécurité sociale.*

### **C- L'incohérence de la politique du médicament**

En 2005 les dépenses de médicaments ont poursuivi leur progression (+ 4,8% contre 6,4 en 2004) soit 20,2 milliards d'euros.

Alors qu'il prévoyait d'économiser 2,13 milliards, le "plan médicament 2005-2007" a pris un retard certain. Il faut dire aussi que le gouvernement reste très sensible aux pressions et chantages - à l'emploi notamment - exercés par l'industrie pharmaceutique ou les pharmaciens.

Le gouvernement a ainsi renoncé à généraliser, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006, le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) pour tous les médicaments appartenant à des groupes génériques depuis au moins 2 ans, devant la menace de boycott des génériques par les pharmaciens; le tarif

forfaitaire de responsabilité consiste à rembourser un médicament sur la base du prix de son générique.

De nombreux médicaments ont été déremboursés: 82 médicaments en 2003, 152 médicaments au 1<sup>er</sup> mars 2006, 61 veinotoniques, dans l'attente de leur total déremboursement au 1<sup>er</sup> janvier 2008, ont vu leur remboursement passer de 35 à 15% et la Haute Autorité de Santé vient de proposer au déremboursement 89 nouveaux médicaments dont le service médical rendu a été jugé insuffisant par la commission de la transparence en 1999.

Toutefois dans le domaine du générique la situation évolue dans le bon sens: la progression du volume des médicaments génériques est supérieure aux prévisions; il est passé de 21 à 25% entre 2003 et 2005, et devrait atteindre 30% en 2006.

Dans sa logique de réduire les dépenses de médicaments et au nom de la responsabilisation des patients le gouvernement entend développer l'automédication, une pratique répandue en Grande Bretagne et en Allemagne. Des propositions concrètes d'action devraient être faites au ministère de la santé. En définitive le gouvernement cherche à dérembourser complètement des familles de molécules pour soigner certaines pathologies sans avis médical mais aussi à abandonner la notion de « médicament à service médical rendu insuffisant » au profit de celle de médicaments non prioritaires. On voit bien que la politique se situe clairement dans une logique comptable et non dans une logique d'efficacité thérapeutique et d'évaluation.

Selon le rapport de la Cour des Comptes de 2005, les Français sont avec les Etats Unis les premiers consommateurs de médicaments: "*La dépense de médicament par habitant en parité de pouvoir d'achat représente en France deux fois et demi celle du Danemark, le double des Pays Bas ou de la Suède. Elle est supérieure de 50 à 80% supérieure à celle de l'Allemagne et du Royaume Uni*". Sommes nous en meilleure santé pour autant?

*"A l'exception notable de la campagne visant à réduire l'usage des antibiotiques, toutes les actions de régulation mises en œuvre ont largement échoué"*, la cour des comptes avance que les mesures nouvelles contenues dans la loi du 13 août 2004, d'inspiration identique aux précédentes connaîtront le même échec.

Un récent rapport sénatorial constate que les conditions de mise sur le marché ainsi que leur suivi "*souffrent d'un manque de transparence et d'une trop grande dépendance vis à vis de l'industrie pharmaceutique*".

Pour l'Union syndicale Solidaires, la politique du médicament doit être adaptée aux besoins de santé publique et non aux intérêts de quelques uns, le médicament ne doit plus être considéré comme une marchandise par les entreprises pharmaceutiques. Pour notre organisation, un médicament dont l'efficacité thérapeutique n'est plus démontrée ne doit plus être prescrit, ni remboursé par la sécurité sociale, il doit être retiré du marché.

## II- Un accès au système de soins plus contraignant et davantage inégalitaire

### A- Des contraintes supplémentaires pour les assurés

Les personnes atteintes par une **affection de longue durée** ont également été visées par la loi Douste-Blazy. Plus de 7 millions de personnes sont atteintes d'une affection de longue durée (ALD); il s'agit le plus souvent de personnes âgées et gravement malades.

La loi Douste-Blazy a prévu de limiter progressivement cette prise en charge à 100 % à la seule maladie de la personne en excluant le fait que des pathologies non directement liées à l'ALD peuvent toutefois avoir des conséquences sur la maladie du patient. 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. Ce protocole mentionne de façon limitative les actes et prestations nécessités par le traitement de l'affection de longue durée qui "justifie" la prise en charge à 100%. Le protocole est signé par le malade "pour le responsabiliser". Sauf urgence, le protocole doit être présenté par le patient pour qu'il puisse bénéficier de la prise en charge à 100%.

La volonté du gouvernement est de réduire progressivement le périmètre des ALD et de durcir les conditions pour en bénéficier. (rappelons que les revalorisations d'honoraires de 2005 ont été en partie financées par 455 millions d'économies sur les ALD: pendant qu'il décide de moins prendre en charge les frais des patients le gouvernement donne satisfaction aux revendications des médecins libéraux en augmentant leur rémunération... ce qui laisse le déficit de l'assurance maladie dans le même état !).

Le renforcement de la **chasse aux arrêts de travail**, tel qu'il figure dans la réforme, va conduire à réduire le « coût » des arrêts de travail pour l'assurance maladie.

La réforme a accentué les échanges d'informations entre les employeurs des salariés en arrêts de travail et l'Assurance maladie, ce qui limite ainsi l'indépendance de la Sécurité sociale. Pendant le même temps la réforme a renforcé les moyens de contrôle et les sanctions à l'encontre des assurés.

Avant le paiement de l'arrêt de travail par la caisse primaire, tout est maintenant contrôlé de façon tatillonne : l'arrêt a-t-il bien été envoyé dans les 48 heures (un deuxième envoi tardif au cours d'une période de 2 ans peut entraîner la réduction de moitié de l'indemnité) ? Le médecin prescripteur est-il bien le médecin traitant ?

Le nombre d'indemnités journalières a fortement décliné depuis 2004 à cause des pressions exercées sur les médecins prescripteurs, du contrôle accru et des procédures tatillonnes. C'est une logique comptable qui est mise en place ; à aucun niveau, ni à aucun moment la question des raisons des arrêts de travail n'est posée.

La Caisse nationale fixe des objectifs chiffrés de baisse du nombre de jours d'arrêts payés à chaque caisse primaire, ce qui entraîne une pression des caisses primaires sur les médecins et les patients. En conséquence les médecins ont tendance à limiter les arrêts de travail à 3 jours ce qui correspond au délai de carence (un arrêt n'est indemnisé par la Sécurité sociale qu'au-delà du 3<sup>ème</sup> jour), parce qu'ils n'apparaissent pas dans les statistiques d'arrêt de travail du médecin.

Les chiffres officiels annoncent une baisse des dépenses liées aux arrêts de maladie de -1% en 2004, de -1.4% en 2005 et de -2,9% sur les 8 premiers mois de 2006, alors que ces dépenses

augmentaient de 10% les années précédentes. Les évolutions sont plus sensibles si on les examine en nombre de jours indemnisés: on constate une diminution de -3,1% en 2004, de -3,7% en 2005 et de -5,8% en 2006 ( alors qu'ils avaient augmenté de +4,1% en 2003, de +8,2% en 2002, de +6,1% en 2001, et de +7,8% en 2000).

## **B- Le parcours de soins**

### **Une usine à gaz qui accroît les inégalités....**

Depuis le 01 janvier 2006, l'assuré qui n'a pas choisi un médecin traitant, est pénalisé financièrement. La prise en charge de ses soins passe de 70% à 60 %. Associé à la nouvelle convention médicale du 12 janvier 2005 (valable 5 ans), ce dispositif s'avère particulièrement complexe pour l'assuré, confronté à une multitude de tarifs différents, et revus à la hausse (il y a par exemple, une trentaine de tarifs pour les consultations selon la spécialité, le titre auquel intervient le médecin, l'âge du malade, s'il est ou non dans le parcours de soins).

Le parcours de soins est une véritable "usine à gaz". Non seulement les assurés sont perdus et incapables de vérifier que le médecin a pris le bon tarif (c'était peut-être le but recherché) mais même les médecins et les caisses de sécurité sociale ont du mal à s'y retrouver.

Dire, comme le ministre, que la mise en place du "médecin traitant" est un succès, ou que les assurés sociaux adhèrent à la réforme parce que 80% des patients ont choisi un médecin traitant est une fumisterie car les assurés n'ont pas eu le choix dès lors qu'était annoncée la baisse du remboursement prévu en l'absence de médecin traitant. De plus, 80% des assurés consultaient déjà un médecin habituel avant la réforme.

On voit bien que la logique de la réforme est purement comptable car, en même temps qu'est mis en place le médecin traitant, la loi supprime le dispositif du « médecin référent » qui, avec ses limites, prévoyait la tenue du dossier médical du patient, un embryon de rémunération forfaitaire et autorisait le 1/3 payant pour les patients.

### **....Mais qui profite aux médecins libéraux**

La majorité des représentants des médecins a monnayé son soutien à la réforme en contrepartie d'une augmentation de leurs tarifs, ce qui a conduit à accroître les dépenses de l'assurance maladie. L'addition des augmentations d'honoraires consenties aux médecins (nouvelle convention, accords catégoriels et réforme de la codification des actes médicaux) avoisine les 900 millions d'euros.

Aujourd'hui, le corps médical exige de nouvelles augmentations tarifaires. En fait, il demande à récupérer une large part des économies dont les assurés pour l'essentiel ont fait les frais (diminution des arrêts de travail, fin de l'exonération totale pour les ALD....).

Au-delà des revalorisations de rémunération et des majorations accordées aux spécialistes, la loi et la convention médicale ont instauré (en cas de consultation hors parcours de soins) un véritable droit au dépassement des tarifs conventionnels.

Les spécialistes ont ainsi obtenu la liberté tarifaire qu'ils réclamaient depuis longtemps. Cependant, ils continuent de réclamer toujours plus de liberté, ils demandent l'ouverture totale du secteur 2 pour les spécialistes. Ils pourront ainsi privilégier la clientèle qui aura les moyens de payer



Le gouvernement pousse la CNAM à négocier une nouvelle liberté tarifaire avec les syndicats médicaux via le secteur optionnel.

Rappelons que durant l'été 2006, les chirurgiens, gynécologues-obstétriciens et anesthésistes libéraux ont obtenu que l'Assurance Maladie prenne en charge les 2/3 de leur prime d'assurance professionnelle. C'est le Ministre Xavier Bertrand qui a imposé cette décision sans même consulter la CNAM (celle-ci a estimé le coût à 20 millions d'euros par an !). C'est la Sécu qui va verser de l'argent aux compagnies d'assurance privées !

### **Estimation des revenus moyens des médecins en 2004 et part des dépassements dans les honoraires**

(source : Alternatives Economiques nov. 2006)

	Revenu moyen	part des dépassements dans les honoraires
Généralistes :	63 666 €	5.5%
Dermatologues :	60 581 €	19%
gynécologues :	78 832 €	25.9%
cardiologues :	103 960 €	4%
Chirurgiens :	115 520 €	29%
Radiologues :	196 126 €	2.2%
Total :	81 591 €	10.7%

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% », « au final, en 2004, un généraliste gagnait en moyenne 63 000 € net par an (5250 € par mois) tandis qu'un spécialiste émargeait à 108 000 € net (9000 € par mois) ». Les revenus des médecins spécialistes ont progressé trois fois plus vite en quatorze ans que ceux des salariés; il est à noter une disparité entre les spécialistes de secteur I et de secteur II (en moyenne + 20% pour ceux du secteur II).

## **C- L'accès aux soins de plus en plus inégalitaire**

### **Le nombre de bénéficiaires de la CMU augmente**

Au 31 décembre 2005, 1,7 millions de personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) de base, soit une augmentation de 3,5% du nombre de bénéficiaires par rapport à 2004.

Quant à la CMU complémentaire, qui est le prolongement de la CMU, le nombre de ses bénéficiaires était de 4,7 millions au 31 décembre 2005, soit + 2% par rapport à 2004, et + 25% par rapport à 2000. La CMUC est accordée aux personnes dont le revenu ne dépasse pas 598 euros par mois (plafond au 1<sup>er</sup> juillet 2006) revenu bien inférieur au seuil de pauvreté qui est de 774 €. Elle leur permet de bénéficier d'une prise en charge à 100% des dépenses de santé sans avoir à faire l'avance de frais. On pouvait penser que la CMU était un moyen d'assurer l'égalité d'accès au système de soins (c'était le fondement même de la loi), mais il n'en est rien:

15 % des professionnels de santé (principalement les spécialistes et les dentistes) refusent les soins aux titulaires de la CMU. Un testing téléphonique réalisé en 2006 dans le Val de Marne a confirmé ce chiffre, l'estimant à 14%; dans ce testing, le taux de refus était particulièrement élevé pour les médecins spécialistes (41%), pour les dentistes (39%) et pour les médecins généralistes du secteur II (dépassant les tarifs conventionnels); a contrario, les généralistes du secteur I n'étaient que 1,6% à refuser les patients bénéficiaires de la CMU (on peut consulter ces rapports sur [www.cmu.fr](http://www.cmu.fr)). Face à cette situation, le ministère de la santé, la caisse nationale d'assurance maladie et trois syndicats de médecins se sont contentés de réaffirmer « solennellement leur attachement à l'égalité d'accès aux soins ». Aucune sanction n'est prévue pour les professionnels de santé refusant de soigner les bénéficiaires de la CMU!

De là à ne s'adresser qu'à certaines catégories de population, le passage à l'acte peut être très rapidement franchi : il est en effet à craindre que des professionnels de santé procèdent à « un tri sélectif des malades. (Voir le chapitre " les propositions dangereuses des assurances privées).

Si la CMU représente une avancée sociale pour une partie de la population, qui a désormais accès au système de soins, elle ne mérite pas son qualificatif d'universelle, car elle maintient deux types d'inégalités :

- Du fait de l'existence d'un plafond de revenus particulièrement bas, des milliers de personnes, pour des raisons liées à leurs revenus, ne peuvent bénéficier de la CMUC. Les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse sont ainsi exclus du dispositif !!! Avec un tel seuil d'exclusion de nombreuses personnes doivent souvent renoncer à se soigner.

- Par ailleurs, entre les personnes qui bénéficient d'une prise en charge à 100% au titre de la CMU et celles qui disposent d'une couverture de base et/ou complémentaire particulièrement avantageuse, il reste une partie importante de la population qui est traitée différemment pour des raisons économiques. En effet, les couvertures complémentaires -dont l'accès facultatif et individuel reste lié au revenu - sont loin de proposer des prestations identiques à des coûts identiques ; la cotisation peut varier en fonction de l'âge, du risque sanitaire...et du type de contrat «choisi». D'après le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie « *les garanties faibles ou nulles concernent 65% des plus pauvres* » et « *59% des ouvriers non qualifiés* ».

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire n'a pas permis de réduire ces inégalités.

### **L'aide à l'acquisition d'une complémentaire maladie est un échec**

Mis en place au 1<sup>er</sup> janvier 2005 le dispositif est réservé aux personnes dont les revenus dépassent de peu le plafond exigé pour prétendre à la couverture maladie universelle complémentaire.

Au moment de son entrée en vigueur, le Ministre de la Santé estimait que 2 millions de personnes sur les 5 millions qui n'ont pas de couverture complémentaire santé seraient concernées. Mais, au bout du compte, il s'avère que seulement 400 000 personnes en ont bénéficié; c'est dire combien le dispositif mis en place reste très éloigné de la réalité des contrats proposés tant par des mutuelles que par des compagnies d'assurance. En 2006, le montant annuel du crédit d'impôt a été revalorisé: 100 € pour une personne de moins de 25 ans, 200 € entre 25 et 59 ans et 400 € au delà de 60 ans !!!

En 2007 les personnes dont les revenus dépassent de 20% (au lieu de 15% jusqu'à présent) le plafond de la CMUC pourront bénéficier de l'aide.

Par ailleurs un rapport de l'Assemblée Nationale présenté en fin d'année 2006 estime que la santé des étudiants montre des "signes de dégradation inquiétants". Le rapport souligne que près de 15% des étudiants renoncent à des soins dentaires ou d'optique, faute de moyens suffisants. Pour remédier à cette situation, la mission d'enquête parlementaire propose entre autre la création d'un chèque santé de 100 € pour permettre aux étudiants défavorisés d'acquérir une complémentaire santé!!!

### **La mise en place d'un système universel d'assurance maladie est une nécessité**

Au moment de la création de la CMU, les responsables politiques ont fait le choix de faciliter l'accès aux soins pour les personnes disposant des plus faibles revenus, plutôt que de relever le niveau général de prise en charge par la sécurité sociale. Il en est de même avec l'aide financière attribuée pour l'acquisition d'une complémentaire santé.

En effet, seule la mise en œuvre d'un système obligatoire et universel, où chacun, quels que soient ses revenus ou son statut, aura vocation à accéder au même système de soins, dans les mêmes conditions, peut mettre un terme aux inégalités et aux injustices existantes qui ont pour corollaire une dégradation de la santé d'une partie importante de la population.

L'assurance maladie universelle doit devenir un droit fondamental financé collectivement.

Exiger un système universel et égalitaire, signifie, à terme, une prise en charge intégrale des dépenses (remboursements à 100%) et la généralisation du système d'avances de frais médicaux (tiers payant).

Dans l'immédiat, le niveau de prise en charge des dépenses de soins les moins bien remboursées (c'est un euphémisme !) comme l'optique, le dentaire, les appareillages ...doit être fortement amélioré.

### **Les propositions dangereuses des assurances privées**

Au printemps 2006, l'assureur privé AGF proposait de créer une complémentaire santé haut de gamme appelée "AGF Excellence santé". Moyennant une cotisation annuelle de 12 000 € (+ 4 000 € pour le conjoint et + 2 000 € par enfant), les adhérents seraient orientés dans des délais relativement courts vers les meilleurs spécialistes du secteur conventionné.

Celui qui est à l'origine de ce projet particulièrement cynique et discriminant n'est autre que Gilles Johanet chargé aujourd'hui de la santé aux AGF mais qui fut durant 8 ans directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie!!!!

Ce projet installait de façon officielle et revendiquée une sélection par l'argent dans l'accès aux soins et transformait le malade en consommateur. Il conduisait à remettre en cause le principe d'égalité d'accès à une médecine de qualité qui reste (même s'il est loin d'être totalement respecté) un des fondements de notre système de santé ainsi que de la déontologie médicale.

L'assureur privé a décidé de suspendre son projet face aux protestations et critiques qu'il a

suscitées. Mais la vigilance reste de rigueur car le projet n'est pas enterré; il resurgira d'une façon ou d'une autre, car pour les libéraux la santé est considérée comme un marché particulièrement rémunérateur qui peut rapporter des profits substantiels.

Quant au nouveau contrat de complémentaire santé, "Santé double effet", proposé par le **Groupe MMA**, il s'inscrit dans la logique pure de l'assurance en introduisant le système "bonus malus" de l'assurance automobile dans la santé. Ce que propose la MMA c'est un contrat au tarif majoré de 15%, dont la moitié pourra être remboursée (totalement ou partiellement) à l'assuré en fonction de ses dépenses de santé, l'autre moitié étant définitivement conservée par l'assureur. Au nom de la liberté individuelle, les assureurs privés segmentent de plus en plus leur offre (pour attirer "les bons risques") en s'appuyant sur l'idée que "beaucoup ne veulent plus payer pour les autres".

Le produit proposé par MMA est dangereux à plus d'un titre:

0. il remet en cause les principes de solidarité et de mutualisation, principes sur lesquels a été bâti le système français d'assurance maladie.
0. il aura des conséquences sur le comportement de certains assurés qui éviteront de se faire soigner pour récupérer une partie de leur prime. Il peut, de fait, restreindre l'accès aux soins de certaines catégories de population.

## **D- L'Assurance Maladie transformée en une entreprise fonctionnant sur le modèle libéral**

Le Directeur général de la CNAM et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (ancien rédacteur de la réforme Douste Blazy) est le grand patron qui dirige tout : nomination des Directeurs et Agents Comptables locaux, prise de décisions...

Le Conseil et son Président n'ont plus qu'un rôle limité de contrôle, le DG ne pouvant être censuré que par les 2/3 de ses membres !

La gestion est organisée par une Convention d'Objectif et de Gestion (COG) entre le ministère et la caisse nationale d'assurance maladie, convention qui est ensuite déclinée dans chaque organisme local par un "Contrat pluriannuel de Gestion". Les organismes locaux sont obligés de respecter les ordres de la Caisse Nationale qui, elle-même, est contrôlée par le Ministère. L'orientation fixée à la Sécu est claire.

L'Assurance Maladie doit se recentrer sur ses "nouvelles missions" :

- La maîtrise médicalisée : faire des économies à tout prix.
- Améliorer le service au client : l'assuré, le malade est maintenant un client.
- Le management et le pilotage pour améliorer la performance globale et aussi contenir ses coûts de gestion.

Sous ces termes ronflants empruntés au secteur privé, l'objectif est l'application de la réforme Douste-Blazy.

Tout est verrouillé au sommet par le Ministère et la Direction de la Caisse Nationale pour imposer aux organismes locaux cette politique. Tout est fait pour que les économies décidées par le gouvernement soient atteintes. C'est :

- la multiplication des statistiques et des tableaux de bord permettant à la CNAM de suivre au jour le jour les évolutions,
  - la mise en place de plates-formes téléphoniques départementales ou régionales (pour l'instant c'est du personnel sous convention collective Sécu). Cet accueil téléphonique doit apporter des réponses courtes et standardisées. C'est fini le temps où l'assuré pouvait avoir directement la personne gérant son dossier. De nombreux organismes ont déjà réduit les centres d'accueil et les permanences physiques.
  - la suppression de 4500 emplois; dans les années 2006/2009 le taux de remplacement des départs en retraite sera en moyenne de 60%.
  - le service public de proximité qui est menacé: la caisse nationale incite à la mutualisation d'activités au niveau départemental; des activités qui ne sont pas " le cœur du métier " peuvent être externalisées. Ce sont les premiers pas vers une fermeture pure et simple d'organismes. Les pouvoirs publics veulent transformer les caisses primaires en " entreprises de service aux clients " pour les rentabiliser et les contraindre à améliorer " leurs performances économiques ".
- De nouveaux métiers sont mis en place pour développer " la performance " des organismes :
- contrôleurs qualité pour améliorer les " processus " et engager des certifications ISO,
  - métiers de marketing pour vendre la réforme. Des " délégués de l'assurance maladie (DAM) " ont été créés pour se rendre chez les professionnels de santé pour expliquer les bienfaits de la politique de la CNAM, pour pousser les médecins à réduire leurs prescriptions (de médicaments, d'arrêts de travail...),
  - métiers de statisticiens pour créer et tenir les tableaux de bord.

Parallèlement, les métiers liés aux remboursements des prestations aux assurés sociaux voient leurs effectifs fondre, entraînant des allongements des délais de paiement.

Pour que cette politique soit intégrée par le personnel, la gestion des ressources humaines a été modifiée de façon à individualiser les salaires et les carrières (entretiens individuels d'évaluation avec mise en place d'objectifs individuels, classification ayant réduit les mesures liées à l'ancienneté à la portion congrue pour les remplacer par des mesures individuelles, prime d'intéressement, primes de résultats pour les hauts cadres...).

Pour illustrer la « modernisation » des caisses de sécurité sociale, on peut citer Claude Frémont, l'ancien Directeur de la CPAM de Nantes qui écrit " *...c'est d'une gestion technocratique de la CNAM dont il faut maintenant parler, pesante, étouffante. A mesure que les effectifs des caisses locales diminuent, ceux de la Caisse Nationale augmentent, composés de " spécialistes " frais émoulus des grandes écoles, qui ne connaissent pas les caisses, encore moins la Sécu, mais savent mieux que tout le monde ce qui est bon pour elles. Ils vous le font savoir tous les matins, à coup de circulaires rédigées dans un langage abscons, nourries de termes anglo-saxons (benchmarking, reporting, front office, back office, marketing...) inaccessibles à la compréhension d'un directeur ancien, qui n'a plus sa place dans un monde certainement idéal mais qui n'est plus le sien. Quand la technocratie avance, l'humanisme recule* ".

## **Le dossier médical personnel DMP**

C'est un élément important de la réforme de l'assurance maladie.

La loi du 13 août 2004, confirmée par la loi de financement de la sécurité sociale 2007, a fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2007 la mise en œuvre de ce dossier informatisé (accessible par Internet). En réalité, la généralisation de ce projet pourrait s'étaler sur plusieurs années. Les spécialistes, au vu des expériences en cours à l'étranger, considèrent qu'il faudra au moins 10 ans pour généraliser ce type de dossier. De plus, il faut que les professionnels de santé prennent en main cet outil : non seulement vouloir et savoir l'utiliser, mais avoir l'équipement pour y accéder (ordinateur, logiciel, Internet haut débit...) ce qui est loin d'être le cas aujourd'hui.

Sans être obligatoire, le DMP aura un caractère contraignant: le remboursement des actes médicaux serait conditionné à la possibilité pour le praticien d'y accéder.

Conçu, en théorie, pour favoriser la coordination des soins, éviter l'interaction médicamenteuse et les examens redondants, le DMP suscite bien des inquiétudes sur son contenu et la gestion des données médicales strictement confidentielles, qu'il recense.

Pour Solidaires, le patient devrait, pour le moins, disposer du droit de masquer les antécédents et les traitements qu'il ne souhaite pas laisser en accès libre (IVG, traitements psychiatriques...). Il conviendra surtout de veiller au respect du secret médical et d'empêcher les complémentaires ou les employeurs d'accéder aux données médicales personnelles de ce dossier.

La question de la sécurité du site hébergeant les données n'est pas réglée, un des sites expérimentaux ayant pu être piraté.

Qui gèrera le DMP et en fera une synthèse régulière ? S'il s'agit d'empiler les données, le DMP risque rapidement d'être inutilisable.

## **III- Pistes de réflexions pour un autre système de santé**

La réforme de l'assurance maladie devait, officiellement, responsabiliser les assurés. En définitive, le gouvernement continue comme par le passé à s'enfermer dans une vision purement comptable : il a pris uniquement des mesures de redressement visant à combler le déficit en évitant d'aborder la question fondamentale d'une meilleure organisation du système de soins. Pas de réflexion sur l'utilisation des sommes consacrées aux dépenses de santé: contribuent-elles à réduire les inégalités de santé, à améliorer l'état sanitaire de la population? Non, les seules préoccupations du politique s'inscrivent dans le court terme, sur la façon de combler le déficit et de ménager des intérêts privés (laboratoires, professions médicales, ...).

Il n'y a qu'à regarder ce qui se passe autour de la mise en place du médecin traitant, dispositif censé éviter les consultations inutiles auprès des spécialistes et améliorer l'accès aux soins.

Dans la pratique le système risque de rendre l'accès aux soins encore plus inégalitaire: les

patients les plus aisés pourront s'affranchir du passage obligé par le médecin traitant, avec le danger de conduire les spécialistes à privilégier cette clientèle; quant aux patients qui respecteront le parcours de soins, ils attendront plus ou moins longtemps un rendez vous. Où est la responsabilisation dont on nous gargarise sans cesse ?

Dans le passé, toutes les mesures d'économies prises (déremboursement, augmentation du ticket modérateur, augmentation du forfait hospitalier...) n'ont jamais modéré les dépenses de santé ; ces mesures se sont montrées inefficaces économiquement et injustes socialement. Au bout du compte, les décisions prises par le gouvernement vont creuser les inégalités dans l'accès aux soins, dégrader l'état de santé d'une partie de la population qui se trouvera dans l'obligation de renoncer aux soins, et peser très fortement sur les assurés sociaux, qu'ils aient ou non une mutuelle.

En définitive, le véritable objectif de la réforme était et reste la culpabilisation des assurés. Elle remet en cause la solidarité, fondement de la sécurité sociale.

\*

### **Continuer le débat au sein de l'Union syndicale Solidaires.**

Le système de santé doit être réorganisé en profondeur pour le rendre plus efficace. Une vraie réforme passe par une coordination des acteurs sanitaires et sociaux au travers de réseaux de santé notamment, une modification du mode de paiement des professions médicales (la rémunération à l'acte est inflationniste), une politique du médicament indépendante des industries pharmaceutiques, et une approche plus globale des questions de santé. Enfin il va de soi que son mode de financement doit également être revu et basé sur une large solidarité. En effet le droit à la santé est un droit fondamental, qui doit être garanti à chacun. Il est possible, aujourd'hui, d'améliorer notre système de soins et d'organiser un accès gratuit à des soins de qualité. Cet objectif passe par le remboursement progressif à 100% de tous les frais médicaux.

A cet effet, il convient de renforcer et d'améliorer le financement de l'assurance maladie. La part des richesses consacrées à la santé et à la protection sociale doit être augmentée, en fonction des besoins. Il faut donner les moyens aux caisses de Sécurité sociale d'améliorer leurs prestations, en augmentant les salaires et les cotisations patronales, et en créant des emplois. Il faut en finir avec la contradiction fondamentale qui existe entre un mode de financement collectif et une offre de soins qui reste aux mains du secteur privé.

La santé n'est pas une marchandise; elle ne doit pas servir à alimenter les profits. Il faut notamment contrôler l'industrie pharmaceutique et en finir avec les subventions accordées au secteur privé. Il faut passer d'un système de soins basé sur la consommation à un système de santé basé sur la prévention.

### **Et se préparer à de nouvelles actions.**

L'élection de Nicolas Sarkozy à la présidence de la République va ouvrir une période de nouvelles "réformes courageuses", particulièrement sur l'assurance maladie, et risque d'entraîner notamment de nouvelles mesures pénalisant les assurés.

Lors de sa campagne électorale il a annoncé sa proposition de créer quatre franchises sur les remboursements de soins (une sur les consultations, une sur l'hospitalisation, une sur la biologie et une sur les médicaments). Le candidat Sarkozy n'avait pas chiffré ses propositions mais l'UMP a avancé des chiffres en novembre 2006, allant de 50 à 100 euros, sans plus de précisions. Ces franchises varieraient en fonction de la situation financière de l'Assurance

maladie (ce qui annonce qu'elles pourraient augmenter, particulièrement chaque fois que de nouvelles exonérations de cotisations seraient accordées aux entreprises qui seraient autant d'occasions de "creusement du déficit de la Sécu") et sont présentées comme devant "avoir un effet pédagogique sur les patients" : il s'agit de les "responsabiliser" en laissant à leur charge une partie supplémentaire de leurs dépenses de santé ! En fait "d'effet pédagogique", celui ci ne jouera que sur les pauvres qui devront se priver de certains soins. Ainsi ces franchises rapprocheront l'assurance maladie de n'importe quelle autre assurance, type assurance automobile. Le candidat avait aussi annoncé vouloir poursuivre la réforme de l'assurance maladie engagée par Douste-Blazy et s'est déclaré fervent défenseur de la liberté tarifaire pour les médecins (droit à des dépassements des tarifs).

L'objectif des dépenses 2007 fixé par le Parlement risquant d'être dépassé, pour la première fois, le comité d'alerte pourrait, dès la fin mai, sonner l'alarme sur les comptes de l'assurance maladie pour l'année 2007. Les caisses et le gouvernement pourraient être amenés à prendre des mesures drastiques de "maîtrise des dépenses" (déremboursement, baisse de tarifs).

Le projet de défiscalisation et d'exonération de cotisations pour les heures supplémentaires (en concrétisation du "travailler plus pour gagner plus" !) aura forcément des conséquences sur la Sécu, en la privant encore un peu plus de recettes, sachant que ces nouvelles exonérations seront difficilement compensées par l'Etat dont le budget va également subir les effets de nouvelles exonérations fiscales favorables aux couches sociales privilégiées. Il faut noter que c'est ce même candidat qui a promis d'améliorer le remboursement des lunettes et des actes dentaires.

Le vote de la loi de financement de la Sécurité sociale 2008 sera une échéance importante, et les attaques contre la Sécurité sociale vont reprendre.

**Union syndicale Solidaires**  
**93 bis rue de Montreuil 75011 Paris**  
**Tel : 01 58 39 30 20 / Fax : 01 43 67 62 14**  
**Contact@solidaires.org/www.solidaires.org**