



réforme de l'assurance maladie

Enjeux Perspectives Nécessaire mobilisation

La loi du 13 août 2004 dite Douste-Blazy et la convention médicale du 12 janvier 2005 ont bouleversé les fondements mêmes de l'assurance maladie. Elles sont inéquitables et seront socialement et économiquement inefficaces.

La culpabilisation comme moyen

- ➡ Les assurés sociaux sont montrés du doigt et globalement tous coupables :
- ➡ Les personnes âgées consommeraient trop de médicaments,
- ➡ Les salariés auraient trop souvent recours à des arrêts de travail prescrits par des médecins peu vertueux, etc...

Si personne ne conteste (et surtout pas la Cgt !) la nécessité d'une bonne utilisation des fonds socialisés issus pour l'essentiel du travail et affectés à la sécurité sociale, il n'est pas acceptable, qu'à partir de comportements atypiques, à la marge, on puisse établir des généralités.

Evolution des dépenses de santé pour prétexte

Deux paramètres essentiels expliquent une hausse significative des dépenses de santé :

- ➡ des investissements lourds dans les nouveaux équipements médicaux (IRM, ...)
- ➡ un vieillissement « heureux » de la population générant des nouvelles pathologies, des soins plus longs et plus coûteux

Une crise des recettes un déficit important l'enjeu du financement

Le déficit est incontestable même s'il est amplifié par les dettes de l'Etat, du patronat : dettes de l'Etat oscillant entre 1,5 et 2 milliards d'euros l'an sur les exonérations de cotisations non compensées auxquelles viennent se rajouter la non affectation intégrale des taxes sur les alcools, les tabacs, ...

Il convient de rappeler que la Cgt est opposée aux exonérations de cotisations et propose la mise en place d'un fonds de garantie alimenté par les entreprises pour compenser les dettes patronales.

Pour autant, la question du déficit perdurerait.

Un chômage important et grandissant, une politique de bas salaires, de précarisation sont les maux essentiels privant la Sécurité sociale des recettes dont elle a besoin.

Pour ce gouvernement, la seule solution réside dans la diminution de la croissance des dépenses. Mais il y a une autre solution, c'est d'augmenter les recettes ce qui pose la question de la réforme du financement.

La réforme Douste-Blazy

□ *Sur l'accès aux soins*

Le médecin traitant

Tout assuré social de plus de 16 ans devra, d'ici le 1^{er} juillet 2005, choisir son médecin traitant (généraliste, spécialiste, ...) qui devra être consulté avant toute visite chez un spécialiste (hormis ophtalmologie, gynécologie et partiellement psychiatrie). A défaut du respect de ce parcours obligatoire, le spécialiste pourra dépasser les honoraires conventionnels et le remboursement à l'assuré sera minoré.

Le dossier médical personnalisé

Ce dossier informatique obligatoire permettra un suivi des soins médicaux. Chaque professionnel de santé devra le consulter et y faire figurer les soins, examens et prescriptions affectées. La question de la confidentialité, de la sécurisation d'un tel dossier est posée.

Les arrêts de travail

Il est préconisé de réduire la prescription des arrêts de travail. Or, il convient de signaler que l'essentiel des dépenses en la matière est affecté aux assurés en affection longue durée (pathologies lourdes). Globalement, les services médicaux des CPAM estiment à environ 5 % le volume d'arrêts de travail vérifiables sans pour autant affirmer qu'ils sont répréhensibles.

C'est l'instauration, en règle de gestion, de la culpabilisation, de la volonté d'opposer les malades aux biens portants, les jeunes aux anciens, ...

Loin de vouloir combattre les causes des arrêts de travail, on s'attaque aux conséquences. C'est le mal vivre au travail, les conditions d'exploitation qui sont génératrices des arrêts de travail.

La carte vitale avec photo

Elle sera mise en place en 2007 et 2008 au prétexte que la carte actuelle n'est pas suffisamment sécurisée et permettrait de frauder ce qui, d'ailleurs, n'a fait l'objet

d'aucune démonstration. Cette carte intégrera le dossier médical personnel.

Instauration du protocole de soins

Cette procédure concerne les assurés atteints d'une affection longue durée (ALD) prise en charge actuellement à 100% par l'assurance maladie. Le protocole est établi entre le médecin traitant, le médecin conseil et le malade. La volonté est de réduire les soins pour les assurés concernés et réduire l'accès à la reconnaissance en ALD.

A noter l'obligation vicieuse qui est faite à l'assuré de valider ce protocole.

Permanence des soins

Un décret vient d'être publié. Il limitera l'accès aux soins la nuit et le week-end sur le territoire national.

Baisse importante des budgets d'action sanitaire et sociale

Ces budgets affectés à chaque caisse permettaient jusqu'à maintenant d'aider les assurés en difficulté devant la maladie (soins coûteux, complémentaire santé, ...). Ils sont aujourd'hui amputés en moyenne de 40 à 50 % de leur montant, ce qui va toucher de plein fouet les familles et les assurés les plus démunis.

□ *La maladie taxée*

Le forfait de 1 euro

Instauré à partir du 1er janvier 2005, il est déduit des remboursements pour chaque acte médical sauf pour les bénéficiaires de la CMU, les assurés de moins de 16 ans, les femmes enceintes.

Dans le décret instaurant ce forfait, le montant n'est pas indiqué. Il pourra être évolutif sur simple décision du Directeur Général après consultation du comité d'alerte et du conseil de l'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie).

Hausse de la CSG

L'assiette sur laquelle s'applique la CSG passe de 95 à 97 % des revenus.

Le forfait hospitalier

Il est actuellement fixé à 13 euros par journée d'hospitalisation. Il augmentera d'un euro l'an pendant trois ans.

Les nouveaux honoraires médicaux

Courant 2005, la consultation chez un généraliste conventionné et ayant accepté d'être médecin traitant, passera à 22 euros puis à 23 euros en 2006.

Pour les spécialistes, la consultation passera de 25 euros à 27 euros puis à 28 euros... Certaines spécialités (cardiologie, psychiatrie, ...) seront réévaluées plus fortement.

La convention médicale du 12 janvier 2005 révalue les honoraires médicaux annuels de 728 millions d'euros dont 550 à charge de l'assurance maladie ; le reste à la charge de l'assuré (ou de sa complémentaire) au travers des dépassements d'honoraires maintenant légalisés.

En effet, chaque spécialiste pourra, en fonction de la pathologie du patient ou du non respect du parcours de soins, pratiquer des dépassements d'honoraires sur 30 % de son activité et de 17,5 % en niveau. En contrepartie, les syndicats médicaux se sont engagés à réaliser 1 milliard d'économies sur leurs prescriptions particulièrement sur les statines (médicaments contre le cholestérol), les anxiolytiques et neuroleptiques, les prescriptions d'arrêts de travail, les génériques, ...

Tout concourt à éloigner une partie grandissante de la population à un accès normal à des soins de qualité

A noter qu'en fin d'année, chaque assuré recevra son relevé annuel de prestations ; en fait, ce qu'il a « coûté » à l'assurance maladie. En terme de culpabilisation et de négation de la solidarité, on ne peut pas faire mieux.

La nouvelle « gouvernance »

Elle organise le recul de la Démocratie Sociale. Les conseils d'administration sont transformés en conseils chargés d'orienter, de contrôler. Les prérogatives des représentants des salariés et des assurés sociaux sont réduites. Les pouvoirs décisionnels sont

concentrés sur le seul directeur général, nommé par le gouvernement.

La mise en place de la Haute autorité de santé est aussi significative de la volonté politique du gouvernement. Ses membres sont désignés par l'Etat, ils ont à charge d'évaluer l'efficacité des actes et prestations dans le cadre des critères économiques définis par le gouvernement !!! Il s'agit donc d'un outil au service de la réforme.

Le comité d'alerte

Il est composé de représentants du gouvernement, du parlement et de l'assurance maladie. Il se réunit en cas de dépassement des dépenses de santé. Il peut préconiser des baisses de remboursements, l'augmentation du forfait à charge de l'assuré, la fermeture de lits dans les hôpitaux et toute autre mesure d'ordre comptable.

Une loi de financement 2005 annonciatrice de mauvais coups

L'évolution de l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) a été fixée par le gouvernement à 3,6 % alors que les prévisions sont de 6,6 % (source ACOSS). Il est clair que tout est mis en œuvre pour asphyxier le système et le casser en transférant une partie des remboursements actuels sur les complémentaires (financées par les assurés) et sur les assurés eux-mêmes.

C'est l'amplification d'une médecine à deux vitesses.

L'intervention nécessaire des assurés

Sur l'assurance maladie comme sur les autres enjeux sociétaux, rien n'est fatal ou inéluctable. Les effets néfastes de la réforme entrent en application et surprennent bon nombre d'assurés.

D'autres choix sont possibles !

Débattre, faire débattre des propositions de la Cgt

➔ **le droit à la santé pour tous comme droit inaliénable** pour chaque être humain

dans la société, à l'entreprise, dans son cadre de vie, ...

➔ **un financement équitable, solidaire favorisant le social, l'emploi, les salaires ...** La Cgt est favorable à une réforme en profondeur du système de financement de la sécurité sociale, favorisant les entreprises qui développent l'emploi et une véritable politique salariale au détriment des grands groupes qui affichent des résultats exceptionnels au détriment de l'emploi.

La Cgt revendique la taxation des revenus financiers et de l'ensemble des rémunérations exonérées de cotisations sociales.

➔ **une prévention de haut niveau.** La loi Douste-Blazy, comme la convention médi-

cale de janvier 2005, fait globalement l'impasse sur la prévention et sur l'éducation à la santé comme elle fait totalement l'impasse sur la santé au travail.

➔ **une offre de soins de qualité.** Bon nombre de régions rurales, de villes périurbaines notamment, ont un manque crucial de professionnels de santé ce qui pose la question d'un accès aux soins de proximité pour une partie grandissante de la population. La loi Douste-Blazy, la convention signée avec les médecins, n'abordent pas cette question urgente et, de fait, au regard de l'âge moyen des professionnels va contribuer à accentuer ce déficit des professions médicales sur cette partie du territoire national.

**Pour mes revendications, pour mes droits,
je me syndique**

avec

la
cgt

Gagner
c'est possible

Bulletin de contact et de syndicalisation

Je souhaite :

☐ prendre contact

☐ me syndiquer



NOM : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Age : Profession :

Entreprise (nom et adresse) :

.....

Bulletin à renvoyer à La Cgt, espace Qualité de Vie syndicale, case 6-4, 263 rue de Paris - 93516 Montreuil Cedex, téléphone : 01 48 18 84 72, fax : 01 48 51 51 80, e-mail : orga@cgt.fr.