

SECURITE SOCIALE,

QUELLE SOLIDARITE ?

QUEL FINANCEMENT ?

Quand le seul objectif du gouvernement est de ramener le déficit public à 2.3% du PIB en 2008 tout en restaurant des privilèges pour les plus riches - le plafonnement à 50% du revenu du montant des impôts payés appelé « bouclier fiscal » en est un exemple - ce sont les plus pauvres et les classes moyennes qui trinquent.

Pour l'assurance maladie, le gouvernement cherche de l'argent en invoquant la responsabilité des assurés. Ce n'est qu'un habillage des mesures qu'il instaure sur le dos des assurés pour freiner le déficit prévisible de la sécurité

sociale pour 2007 et 2008

D'autres réponses au réel problème du financement de l'assurance maladie et plus globalement de la protection sociale sont possibles.

La CGT fait des propositions pour un autre financement de la sécurité sociale. Le débat avec les personnels et l'ensemble des salariés et la perspective d'un rassemblement de toutes les forces dans l'action font, pour l'UGFF CGT, partie du paysage de la rentrée sociale.

L'UGFF est pour une réforme du financement

Malgré plusieurs plans de redressement, les comptes de la sécu sont toujours dans le rouge. Le déficit 2007 du régime général devait, en loi de finances, atteindre 8 milliards d'euros ; il glisse inexorablement vers les 12 milliards... les dépenses de santé seraient la cause du déficit de l'assurance maladie tandis que les départs accrus en retraite expliqueraient la dégradation de la branche vieillesse. Comme si cela relevait de données imprévisibles. Tous les experts chiffreraient largement au dessus de la croissance du PIB l'évolution des besoins en santé de la population, et tout le monde savait que 2007 était la première année des départs en retraite du baby boom

Et pourtant, le gouvernement entend continuer à mettre en oeuvre les mêmes remèdes, en voulant créer des franchises, tout en sachant très bien que les plus démunis ne peuvent pas suivre et qu'il s'agit de payer de plus en plus cher pour être de moins en moins remboursés. C'est ainsi que les ciseaux que forment les cotisations en hausse et les prestations en baisse peuvent continuer à s'ouvrir à l'infini. Il faut mettre un terme à cette dérive qui s'attaque au cœur même de la construction de l'assurance maladie.

Il faut être franc : les difficultés de financement de la sécurité sociale sont à chercher dans la faiblesse de l'emploi et des salaires, dans le niveau et « l'assiette » de contribution par les employeurs.

L'UGFF CGT récuse le projet d'institution d'une TVA sociale* ou l'instauration de franchises.

Elle milite pour une réforme du financement de la sécurité sociale basée sur une croissance fondée sur le plein emploi, et sur l'augmentation générale des salaires. Seule en capacité de préserver une sécurité sociale solidaire pour faire face notamment au vieillissement de la population et à la logique évolution des besoins de santé.

* voir dossier dans le bi mensuel de la CGT, LE PEUPLE n°1651 du 11 juillet 2007 et la note économique n°110 de mai 2007 du CCEES CGT

Les autres pays de l'Union européenne recourent-ils à des franchises de remboursement ?

Aucun pays en Europe ne fait appel à une vraie franchise de remboursement excepté pour les médicaments en Finlande. Il existe des formes de ticket modérateur, de participation aux frais médicaux comme les forfaits hospitaliers (voir tableau ci contre). En France, le gouvernement ne semble pas aller dans le même sens et d'ailleurs il n'autorisera pas un assureur complémentaire à suppléer à ce retrait de l'assurance maladie. Sachons que le projet Sarkozy s'ajoutera au ticket modérateur que le gouvernement ne songe pas à réformer.

Le dossier médical personnel (DMP) inquiète la CGT

Si la CGT est favorable à un dossier médical permettant un meilleur suivi du patient dans sa globalité, une meilleure efficacité des soins, des dépenses de santé, il doit être très sécurisé et la propriété de l'assuré. Force est de constater que l'expérience menée dans une région révèle en regard de ces objectifs que l'outil informatisé est un fiasco et les dépenses qu'il engendre sont outrancières.

Le DMP inscrit dans la loi Douste-Blazy de 2004, a été créé pour une maîtrise des dépenses de santé et devrait être obligatoire. A défaut les remboursements seront minorés.

La CGT exige plus de transparence sur les coûts et les objectifs du DMP, car au bout du compte ce sont les assurés sociaux qui paieront.

La situation dans l'UE



Allemagne : Un forfait trimestriel de 10 € pour les consultations qui restent en tiers payant.



Autriche : Une redevance annuelle de 10 €.



Belgique : Ticket modérateur de 25 % sur les actes de Médecine Générale avec plafond annuel.



Danemark : Soins gratuits sauf en secteur privé.



Espagne : Soins gratuits sauf en secteur privé.



Estonie : Ticket modérateur de 3,2 € par consultation.



Finlande : Participation de 11 € par patient sur les 3 premières consultations de généralistes, de 16 € pour les spécialistes avec limite totale de 22 € sur l'année.



Grèce : Soins gratuits.



Islande : Ticket modérateur de 9,38 € par consultation avec plafond annuel de 36 € et de 63 € pour les spécialistes.



Italie : Soins gratuits sauf pour une participation pour les consultations de spécialistes (36 € par an).



Luxembourg : Ticket modérateur de 20 % avec un plafond annuel.



Norvège : Participation maximum de 202 € annuel sur les frais lissée selon les actes.



Pays-Bas : Participation forfaitaire annuelles sur les actes mais consultations en tiers payant.



Royaume-Uni : Soins gratuits sauf secteur privé.

L'UGFF est contre les franchises

Face au déficit prévisionnel pour 2007, les ministres Bachelot et Woerth ont annoncé des mesures de redressement qui prévoient de nouvelles ressources pour financer l'offre de soins palliatifs et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Des franchises médicales variant selon le revenu permettraient de couvrir ces nouvelles dépenses.

Pour l'UGFF CGT la liste des conséquences est dramatique : négation de la prévention, des priorités de santé publique, diagnostics retardés sur des besoins sérieux, effet report de consommations accroissant le risque santé, les inégalités médico-sociales, le coût final de la prise en charge... sans compter que des assurés seront incités à choisir les urgences hospitalières... etc.

Pour l'UGFF CGT, les 4 franchises de 10 euros sur les consultations, la pharmacie, les analyses médicales et l'hospitalisation amplifieraient encore l'inégalité des droits des assurés déjà bien installée depuis la réforme Douste-Blazy en 2004.

En fait, qu'est ce qui risque de se passer, qu'est ce qui est visé ?

Le quadruple forfait de 10 euros de franchises équivaut à une perte de pouvoir d'achat de 0.5% pour un smicard et s'ajoutera aux 1 euro sur la consultation, 18 euros sur les actes médicaux etc. En pénalisant d'abord ceux qui consomment c'est-à-dire les malades, les plus âgés..., le gouvernement pousse les plus pauvres à attendre pour se faire soigner car ils seront moins remboursés. Il suggère, par l'intermédiaire de journalistes bien-pensant, aux mieux rémunérés (les plus taxés pour moins de remboursements et de prestations) à s'interroger sur l'intérêt qu'ils auraient à continuer à cotiser à l'assurance maladie au lieu de se tourner vers des assurances privées. Certes, l'adhésion à la sécu est obligatoire mais si un assuré engageait un contentieux à ce sujet, qu'advierait-il ?

Tout le socle de la sécurité sociale basé sur la solidarité entre les malades et les bien portants est visé.

Mais n'est ce pas là l'objectif final du président Sarkozy qui peu à peu entend habituer les citoyens à remplacer « la solidarité, biens portants/malades » relevant d'un financement assis sur le travail - part salariale et part patronale - par de la solidarité entre les moins défavorisés des assurés et les plus pauvres financée par l'impôt qui épargne les plus riches.

Comment s'expliquer autrement les raisons des franchises quand on sait que la décélération de la consommation médicale est effective depuis 2005, que 83% des assurés ont choisi un médecin traitant et que seuls 2% de consultations sont hors du parcours de soins coordonnés etc....

L'UGFF CGT appelle aux débats avec les personnels sur les propositions de la CGT pour un autre financement de la Sécurité Sociale et invite au rassemblement de toutes les forces dans l'action pour des solutions aux besoins de santé et au droit à la santé égal pour tous

... Les propositions de la CGT* reposent sur trois principes

- la contribution des employeurs doit demeurer une cotisation, c'est-à-dire être prélevée dans l'entreprise (et non sur le contribuable) ; elle doit être affectée à la Sécurité sociale.
- la nouvelle répartition entre les entreprises doit tenir compte de la valeur ajoutée et de l'importance de la masse salariale. D'où l'idée de taux différenciés suivant les entreprises.
- le mode de calcul doit favoriser le développement de la masse salariale et non pas inciter à la réduction des salaires et du nombre de salariés. D'où l'idée d'une différenciation, d'une modulation, du taux en fonction de la gestion de l'emploi. Le mode de calcul doit aussi favoriser l'investissement productif et pénaliser la financiarisation. D'où l'idée de l'élargissement de l'assiette aux revenus financiers des entreprises.

Ces principes justifient à la fois un « double élargissement de l'assiette » et une « double modulation des taux de cotisation »...

* extraits des repères revendicatifs de la confédération fiche n° 20 - <http://www.cgt.fr>