

Protection sociale

Une question vitale

Un peu d'Histoire

La sécurité sociale est née en 1945 et elle a comme principe fondateur la solidarité collective.

Son histoire est plus ancienne. En voici, brièvement résumé les principales étapes. 1893 : création d'une aide médicale gratuite pour les nécessiteux et indigents.

1910 : énonciation des principes des assurances sociales obligatoires pour les ouvriers et les paysans. L'assurance maladie obligatoire n'est véritablement engagée, en France, qu'en 1920, après les grands débats de l'entre-deux guerres (30 ans après l'Allemagne).

La généralisation qui se met en place en 1945 n'est pas universelle, elle prend la forme de régimes autonomes et non pas d'une intégration dans le régime général. Il faut attendre la loi du 12 juillet 1966 pour que les travailleurs non salariés et non agricoles bénéficient du régime d'assurance maladie : création de la CANAM.

Passée l'aspiration de 1945 d'une protection universelle, il a fallu attendre jusqu'en 1972 pour que réapparaisse le souci de revenir à une protection véritablement universelle.

Elle assure les soins, mais aussi, les retraites, l'aide aux familles et œuvre à la réduction des inégalités.

Le système mis en place à l'issue de la seconde guerre échappe complètement au contrôle du marché.

C'est ce système que certains aujourd'hui veulent casser pour le soumettre à la loi du profit. Le système de protection sociale ne serait donc qu'une marchandise comme les autres ? C'est ce que l'AGCS voudrait parvenir à faire pour ce système, comme pour l'Éducation. Il est vrai que les sommes colossales qui sont en jeu ont de quoi attirer les convoitises.

Après les régressions apportées au système des retraites, le gouvernement envisage maintenant de remettre en cause le droit à la santé pour tous.

De multiples facettes

La protection sociale des citoyens est multiple. L'État et les collectivités locales assurent des prestations et des allocations qui participent à la protection sociale. Elle est organisée autour de la sécurité sociale (maladie, retraite, famille) qui offre une couverture obligatoire et généralisée.

Elle peut aussi se décliner au travers des actions des comités d'entreprise pour les salariés du privé et de l'Action Sociale pour les fonctionnaires.

Elle inclut également les mutuelles dont l'importance est croissante. C'est un système facultatif, qui se développe avec les reculs successifs de la sécurité sociale. Il constitue un surcoût pour les salariés qui veulent et qui peuvent y souscrire (voir ci-contre). Au nom de l'Europe libérale, la réglementation imposée aux mutuelles tend à se rapprocher de plus en plus des lois du marché.

Les cotisations aux mutuelles de santé vont augmenter d'environ 10%

Selon la Mutualité française, les cotisations aux mutuelles de santé vont augmenter d'environ 10%, une conséquence de la loi de financement de la sécurité sociale, alors que des compagnies d'assurance privées ont déjà décidé une hausse des cotisations dans ce domaine.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), présenté fin septembre par le ministre de la Santé Jean-François Mattei opère un transfert de charges de la sécurité sociale vers les mutuelles de plus d'un milliard d'euros.

Le PLFSS prévoit en effet le relèvement du forfait journalier (participation financière aux frais d'hébergement et d'entretien liés à l'hospitalisation, non remboursé par le régime obligatoire de la Sécu, mais qui peut être pris en charge par l'assurance complémentaire, selon le contrat) de 10,67 à 13 €.

Une diminution du taux de remboursement - par la Sécu - des médicaments homéopathiques, qui passera de 65% à 35%, est aussi prévue.

Le PLFSS recommande en outre une plus stricte application de la prise en charge à 100% des actes liés à une opération chirurgicale (les soins en ville et certains médicaments ne seront plus remboursés qu'à 65%). Résultat : ce sont les Français qui vont devoir payer plus, via les augmentations de cotisations.

Des augmentations de cotisations qui varieront autour de 10% en moyenne et s'échelonnent durant tout le printemps 2004, suivant les mutuelles.

Les 3 millions de personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé (en général des faibles revenus, mais tout de même trop important pour bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire) subiront de plein fouet les mesures visant la couverture de base.



Alors que le gouvernement reste affaibli par la catastrophe sanitaire de cet été, J F Mattéi vient d'annoncer le calendrier de la réforme attendue sur la protection sociale.

Il comporte plusieurs volets, dont le point de départ sera un diagnostic préparé par le Haut Conseil de l'assurance maladie d'ici novembre et devra déboucher après « une large concertation » sur des propositions applicables à l'automne 2004.

On pourrait se satisfaire d'un tel calendrier si nous n'étions pas déjà échaudés par la « large consultation » sur la question des retraites, si l'on oubliait qu'au printemps prochain se dérouleront dans notre pays des échéances électorales importantes et si l'on faisait fi des différents rapports, commandés par le gouvernement, déjà publiés sur cette question et qui vont tous dans le même sens, celui d'une « privatisation » rampante du système de protection sociale.

Pour permettre à chacun de s'y retrouver, nous tentons de faire le tour de la question à partir de données objectives.

Protection sociale

La gestion de la Sécu

Les caisses de sécurités sociales doivent être gérées par des représentants élus, or, les dernières élections ont été annulées et depuis, les gestionnaires sont désignés par les syndicats (de salariés comme du patronat).

Alors que l'accent est mis sur les « gaspillages » occasionnés par les prescriptions inutiles, rien n'est dit sur les bénéfices faramineux réalisés par les entreprises pharmaceutiques et sur l'entrisme du secteur privé dans le secteur public (lits privés dans les hôpitaux publics, cliniques privées subventionnées, ambulances, laboratoires, ...). Une récente étude a estimé que les prescriptions inutiles ne représentaient que 10% (c'est certes encore beaucoup trop !) des « gaspillages » reconnus.

De plus, la politique de santé orchestrée par l'État depuis quelques années participe à l'augmentation des charges financières de la sécurité sociale. Elle a ainsi permis la baisse de 42 milliards d'euros par an des cotisations patronales et de 4,5 milliards d'euros sous forme d'exonérations et d'aides fiscales, deux « priorités » censées relancer la politique de l'emploi dont on mesure évidemment toute l'efficacité !! D'autres charges indues sont venues grever les comptes de la sécu. Citons entre autre, la formation des personnels de santé ou l'assurance vieillesse des non assurés.

De 1999 à 2001, les comptes de la sécurité sociale étaient excédentaires. En 2003, le déficit atteignait 10 milliards d'euros, soit 9 jours de fonctionnement.

Les ressources de la sécurité sociale restant liées à la production et aux salaires, une augmentation de salaire de 1% abonderait le budget de 2,4 milliards d'euros et la création de 100 000 emplois de 1,5 milliards d'euros (3 millions de chômeurs retrouvant un emploi procureraient 45 milliards d'euros, de quoi voir venir !!!)

Si la gestion de la sécurité sociale doit faire l'objet de toutes les attentions, prenons garde de ne pas tirer des conclusions hâtives allant toutes dans le sens d'une impossibilité de maintenir le système actuel.



La sécu en chiffres (source 2001)

Budget de l'État : 260 milliards d'euros

Dépenses de la sécurité sociale : 400 milliards d'euros

Dont :

- Volet maladie : 110 milliards d'euros
- Volet famille : 41 milliards d'euros
- Volet vieillesse : 117 milliards d'euros
- Accidents du travail : 26 milliards d'euros

Consommation médicale par personne et par an : 2437 euros

Prise en charge des dépenses de santé :

Sécurité sociale : 75,50%

État : 1,35%

Assurés : 11%

Mutuelles et assurances : 12,15%

Répartition des dépenses de santé :

Hôpitaux : 45%

Médecins, dentistes : 17,9%

Transports, laboratoires d'analyses : 4%

Prévention : 2,1%

Médicaments : 21%

Indemnités journalières : 6,1%

Dépenses sociales, prestation des collectivités : 3,9%



La CSG

La contribution sociale généralisée est un impôt qui finance les allocations. Elle a permis de compenser la réduction de 5,4% des cotisations patronales.

C'est une charge qui repose à 85 % sur les salariés, qui pourtant n'en perçoivent que 58% des revenus.

L'appel à la fiscalité pour financer une partie de la protection sociale est lourd de sens. C'est l'État qui décide du taux de la CSG, c'est donc lui, qui, en lieu et place des assurés décide de la gestion et du montant des prestations. Une autre preuve de la vision purement comptable du gouvernement.



Protection sociale

Les grandes lignes de la réforme envisagée.

C'est sur la base du rapport Chadelat ⁽¹⁾ du 8 avril dernier que s'esquissent les principaux points de la réforme. Ce rapport préconise la création d'un panier de soins.

C'est l'axe central autour duquel s'organise une restriction de l'accès aux soins. Il définit les besoins et les droits types qui seront couverts et remboursés. Ce panier se veut évolutif (rediscuté et voté au parlement) et limitatif. Il impose ce que Chadelat appelle « la responsabilisation » des patients, des usagers et des malades en leur faisant payer ce qui sort du panier de soins.

Sous couvert d'une plus grande « démocratie » par un vote au parlement, c'est bien l'esprit même de la sécurité sociale qui est en jeu. Au principe fondateur de solidarité collective, on transposerait un principe comptable des dépenses de soins. Il n'est en effet pas besoin d'être grand clerc pour imaginer que le parlement (quel que soit le gouvernement en place) ne dépassera pas les lignes de crédits imposées par Bercy. Nous n'aurions donc plus des dépenses de santé qui répondent à une demande et des besoins avérés, mais seulement des crédits ouverts répondant à des impératifs budgétaires.

La prise en charge des soins serait répartie en trois volets :

1) L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :

la totalité des frais entrant dans le panier de soins sont pris en charge par la sécurité sociale.

2) L'Assurance Maladie Complémentaire de Base (AMCB) :

cette partie serait confiée aux Mutuelles qui vont donc voir leur rôle encore accru. L'AMCB couvre les besoins courants supplémentaires (optique, dentaire, soins paramédicaux, spécialistes, ...). L'AMO et l'AMCB constituent la couverture médicale garantie. En contrepartie, l'accès à une mutuelle serait garanti, comme l'est aujourd'hui l'accès à la Couverture Maladie Universelle (CMU).

3) La Surcomplémentaire :

cette couverture facultative sera laissée aux assurances. La géométrie variable du panier de soins risque fort de laisser la part belle aux assureurs privés qui rêvent depuis longtemps de la mise sur le marché des dépenses de soins. Au vu des sommes énormes qui sont en jeu, elles espèrent en tirer des bénéfices faramineux (AXA, pour ne citer que lui a déjà réalisé une étude sur le sujet qui laisse augurer des rapports juteux dans ce domaine).

De plus, pour être sûr que cette manne n'échappe pas aux grands groupes d'assurance, une disposition prévoit que la surcomplémentaire pourra être prise en charge directement au niveau de l'entreprise qui aura passé un contrat avec un assureur ad hoc.

Avant même que les discussions aient commencé, avant même que l'on ait connaissance de l'état des lieux que doit rédi-

ger le Haut Conseil de l'Assurance Maladie, des règles nouvelles sont évoquées, qui vont toutes dans le même sens : seuil de 1000 € au-delà duquel, seuls les soins seraient remboursés, forfait de 1 à 3 € par feuille de soins, forfait sur les boîtes de médicaments, augmentation du forfait hospitalier, ... autant de mesures qui auraient pour conséquence la restriction de l'accès aux soins pour les plus démunis et une augmentation de la participation individuelle pour tous les autres.

Au final, ce projet est un nouveau coup porté contre le caractère solidaire de la protection sociale.

Comme pour les retraites, toute la population est concernée. Pour notre part, nous continuons de considérer que la protection sociale doit toujours garder comme principe la mutualisation des moyens, qui peut seule garantir à tous l'accès aux soins.

C'est tout l'enjeu des mois à venir. De notre capacité à nous mobiliser sur cette question dépend pour une grande part l'avenir de la protection sociale.

(1) Jean-François Chadelat est inspecteur général des affaires sociales et directeur du fonds de financement de la CMU, chargé par MATTEI de présider le groupe de travail sur le champ d'intervention de la sécurité sociale et des complémentaires. Le choix de cet inspecteur général des affaires sociales ne doit rien au hasard : ancien patron de l'ACOSS (agence gérant la trésorerie de la sécu) puis responsable du département sur les nouveaux produits de santé de l'assureur AXA, ce haut fonctionnaire proche de la droite, récemment nommé président du fond de financement de la CMU, faisait partie de la poignée d'experts qui ont élaboré le plan JUPPE de 1995.