

Trente ans de casse de la Sécurité sociale

Selon les dernières prévisions, les comptes de l'assurance maladie devraient accuser en 2007 un déficit supérieur de 2 milliards d'euros aux objectifs initiaux (3,9 milliards d'euros). **Alors que l'État doit toujours près de 5,2 milliards d'euros à la Sécu.** Le plan présenté à la CNAM doit, selon ses concepteurs, permettre de réaliser 1,45 milliard d'euros d'économies en année pleine. Le plan de redressement des comptes de la branche maladie de la Sécurité sociale présenté par le directeur de la CNAM s'inscrit dans une longue lignée de plans d'économies lancés depuis trente ans par les différents ministres de la Santé, avec pour leitmotiv : faire payer les usagers en augmentant les contributions et en baissant les remboursements des médicaments et des actes médicaux, tout en bloquant les budgets des hôpitaux.

En **1976**, Raymond Barre ouvre le bal avec le déremboursement des médicaments dits « de confort ». Depuis, les plans d'économies se succèdent à un rythme soutenu.

1977- 1978 : le plan Veil fait cotiser les retraités.

1982-1983 : le plan Bérégovoy instaure le budget global à l'hôpital, baisse les remboursements de médicaments et crée le forfait hospitalier.

1986 : Seguin limite les prises en charge à 100 % pour les affections longue durée.

1990 : Rocard, premier ministre, instaure la CSG.

1993 : nouveau plan Veil, qui augmente la CSG et baisse les remboursements de l'assurance maladie de 70 % à 65 %. Une étape décisive est franchie en

1995 avec l'adoption du plan Juppé instaurant la « maîtrise comptable » des dépenses de soins, par le biais d'un ONDAM (objectif national de dépense de l'assurance maladie) voté chaque année par le Parlement. En parallèle, la création de « préfets sanitaires » avec les agences régionales d'hospitalisation a pour but de resserrer les dépenses et donc l'offre hospitalière.

Plus récemment, **la réforme Douste- Blazy de 2004** opère une nouvelle ponction sur nos portefeuilles. Elle instaure le fameux forfait de 1 euro par consultation ou acte technique comme les radios, somme entièrement à la charge du patient. Celui-ci est par ailleurs contraint de respecter un « parcours de soins » consistant à désigner un « médecin traitant » par lequel il doit passer avant d'aller chez un spécialiste. S'il ne respecte pas ce parcours, il est pénalisé par un moindre remboursement. Enfin, de nouveaux prélèvements ont été imposés avec un élargissement de l'assiette de la CSG. Elle met en place un comité d'alerte composé de technocrates libéraux. Sa mission est de réagir dès que les dépenses de santé dépassent de 0,75 % l'objectif national des dépenses maladies (ONDAM). Il est demandé alors au gouvernement, au Parlement et à la CNAM de proposer des mesures avant la fin du mois de juin. Jusqu'ici, la tendance était de dire que tout allait bien et que les dépenses étaient maîtrisées grâce à la réforme Douste-Blazy. Mais juste après la présidentielle, le comité a annoncé que les dépenses étaient reparties à la hausse et qu'il y avait 2 milliards de dépassement. En réalité, il s'agit de justifier les mesures inscrites au programme de l'UMP et de Nicolas Sarkozy. L'objectif annoncé est de « responsabiliser » les malades, et eux seuls. Le but

est de réduire les dépenses publiques. Pour cela, on diminue les remboursements et on favorise le recours aux mécanismes - privés. Le fond du problème est le parcours de soins coordonné. Pour que cela fonctionne, il faudrait résoudre le problème de la démographie médicale. Les médecins préfèrent aller là où il y a des malades rentables au détriment des campagnes où il y a pourtant d'énormes besoins. Les patients sont parfois obligés de consulter directement un spécialiste qui peut pratiquer les dépassements d'honoraires. Au final, le patient doit être couvert par des assurances. Ces mesures ne mettent l'accent que sur la réduction des dépenses d'assurance maladie et pas du tout sur celle du financement, qui est pourtant la principale. C'est - davantage l'insuffisance des recettes que l'excès des dépenses. Les principaux facteurs sont le mode de gestion des entreprises, qui développe les licenciements et préfère la croissance financière à l'emploi, et le type de politique économique qui abaisse la part des salaires dans la valeur ajoutée. Pour 100 000 chômeurs, l'assurance maladie perd plus de 400 millions d'euros de cotisation. Les bas salaires, le travail à temps partiel, les contrats précaires ont aussi des conséquences : 1 % de masse salariale en moins représente 1,1 milliard de recettes en moins pour l'assurance maladie. Même chose pour la croissance : un point de moins équivaut à un milliard de pertes. Il faut mettre en place une assiette des cotisations patronales qui module les taux de cotisation. Ainsi, les entreprises qui développent les emplois, les salaires, la qualification et la formation auraient un taux de cotisation relativement abaissé mais, d'un autre côté, il y aurait plus d'entrées de cotisations sociales. Les entreprises qui pratiquent une gestion inverse seraient assujetties à un taux de cotisation beaucoup plus lourd afin de les en dissuader. Autre mesure : la création d'une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises. Il y a 80 milliards d'euros de placements financiers qui ne sont soumis à aucune cotisation sociale. En leur appliquant le même taux que les cotisations patronales à l'assurance maladie, il rentrerait 10 milliards d'euros. Soit largement plus que le déficit actuel.