

RÉFORME DOUSTE-BLAZY

Combattre les effets régressifs.

Faire monter l'idée de réforme alternative

Catherine Mills

Malgré les affirmations et la présentation souvent parcellisée du projet de la droite, il s'agit d'un plan de démantèlement de notre système de santé solidaire et de recomposition d'un nouveau système, adapté aux plans du libéralisme, visant à une réduction drastique des dépenses publiques de santé et une violente irruption des assurances complémentaires ainsi que de la privatisation.

Une contre-réforme libérale

1. Coordination de l'offre de soins et maîtrise dite médicalisée des dépenses ou chasse aux assurés soupçonnés d'abus et de fraude.

Le dossier médical personnel dont on sous-estime le coût permettrait l'accès aux données de santé par les employeurs ou les assureurs, malgré les paroles rassurantes. On prétend réaliser 3,5 milliards d'euros d'économies (on ne sait par quel miracle). Le niveau de prise en charge pour les malades serait subordonné à l'accès des professionnels à ce dossier.

Pour les ALD (affections de longue durée), une effroyable bureaucratie obligerait médecin traitant et médecin conseil

à établir un protocole de soins définissant les actes et prescriptions permettant de bénéficier de la limitation ou de la suppression de la participation de l'assuré (on ne parle plus du 100%). Lorsque le patient ne présente pas son protocole, il sera sanctionné en ne bénéficiant plus de cette disposition. On postule donc que c'est son comportement qui est à l'origine de l'inflation des dépenses alors que c'est la nature de l'affection. Une véritable chasse au non respect des références médicales et des prescriptions, aux arrêts de travail prétendus injustifiés, aux abus ou fraudes postulés, est organisée. La **participation forfaitaire de 1 euro** (pour commencer) par acte ou consultation, non couvert par les organismes complémentaires, prétend

responsabiliser les assurés, et en réalité elle vise à organiser une baisse généralisée des remboursements. L'obsession du malade fraudeur culmine avec la prétendue fraude à la Carte vitale conduisant à des contrôles de nature policière avec photo d'identité et contrôle de l'identité obligatoire notamment dans les hôpitaux.



Des « parcours de soins » vont être imposés.

Ainsi, il faudra obligatoirement passer chez un **médecin traitant** avant d'aller consulter un spécialiste, sous peine de ne pas être remboursé. L'accès à un généraliste autre que le médecin traitant donnera lieu à un remboursement minoré. Les spécialistes seront autorisés à pratiquer des honoraires libres dans le cas d'un accès direct des malades, si bien que le choix des assurés se trouverait automatiquement

limité en fonction de leurs revenus et du type d'assurance sur-complémentaire qu'ils auront souscrite. Il y aura donc obligatoirement une **montée de la participation personnelle des malades**. L'idéologie de la sanction habite l'ensemble du texte et stigmatise les médecins, les hôpitaux et surtout les patients. Leur comportement conduirait systématiquement à des demandes de remboursement abusives et ce parti pris implique qu'ils pourraient être sanctionnés financièrement par les directions des caisses locales. De même, la couverture des frais de transport et des indemnités journalières serait subordonnée à un accord préalable des services du contrôle médical : le directeur des caisses peut décider que les prestations ne donneront pas

lieu à une prise en charge et même prononcer une interdiction de prescrire. En cas d'arrêt-maladie ou d'accident du travail jugé « injustifié », l'assurance-maladie ou la branche AT-MP pourra récupérer les indus auprès de l'assuré. Là encore, c'est la culpabilisation, la punition qui sont proférées sans que l'on s'attaque aux véritables causes de ces arrêts de travail, à savoir les conditions de travail ou les politiques de l'emploi des entreprises concernant les travailleurs vieillissants. Selon une étude de la CNAM, les arrêts de travail injustifiés atteindraient entre 4 et 6% seulement des arrêts de travail.

À l'inverse, rien n'est entrepris sérieusement contre les politiques des entreprises pharmaceutiques.

2. L'organisation de l'assurance maladie : la « gouvernance » institutionnalisera à la fois une étatisation et une privatisation.

Une Haute autorité de santé sera dirigée par un collège de 12 membres prétendus indépendants, 3 nommés par le Président de la République, 3 par le Président de l'Assemblée nationale, 3 par le Président du Sénat, 3 par le Président du Conseil économique et social. Cette Haute autorité définira le périmètre de soins et de biens remboursables, donc un panier de soins limité. Elle décidera de ce qui sera remboursé par la couverture de base et ce qui sera au contraire livré à l'élargissement du marché pour les assureurs. Elle devra procéder aussi à l'évaluation du « service médical rendu » et à l'élaboration et à la diffusion des règles de bonne pratique et de bon usage des soins.

Si les caisses transmettront au gouvernement une proposition relative à l'évolution des charges et produits pour l'année suivante, et les mesures nécessaires pour un retour à l'équilibre, ce rôle en apparence plus important qu'auparavant sera largement atténué par la « gouvernance » marquée par une très forte tutelle de l'État.

Un Comité d'alerte sur les dépenses, à forte connotation technocratique, constitue une sorte de gendarme financier pour faire respecter la limitation des dépenses de santé. L'obsession de la maîtrise comptable en cas de « dérapage » se traduira par des sanctions pour les caisses allant jusqu'au retrait du permis de dépenser et pouvant les amener à l'asphyxie. Elles devraient alors ajuster les taux de remboursement aux restrictions des recettes. L'UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie) pourra décider après avis de l'Union des complémentaires santé de diminuer les taux de remboursements. Pour faciliter la signature des conventions avec les syndicats de médecins, les syndicats majoritaires disposeraient d'une règle d'opposition.

Le pilotage des caisses. La gouvernance serait largement éclatée entre l'étatisation d'une part, et l'ouverture de la gestion de l'assurance maladie aux assureurs privés (mutuelles et compagnies d'assurances) d'autre part.

L'UNCAM, regroupe la CNAM (caisse nationale d'assurance maladie), la CANAM (artisans et commerçants) et la MSA (mutualité sociale agricole).

Un conseil d'orientation composé en principe à nombre égal de représentants des employeurs et de représentants des assurés sociaux pourrait donner la majorité au Medef et à d'autres forces proches. Les représentants de salariés seraient désignés par les organisations syndicales et non élus. En outre, le directeur de l'Union des caisses sera nommé par l'État, il aura la main mise sur les caisses locales et pourra annuler leurs décisions. Il aura sous tutelle le conseil d'orientation et sera l'instrument de la réduction des dépenses publiques et en conséquence du transfert des dépenses vers les complémentaires. L'UNCAM négociera les contrats avec les professions de santé, établira la liste des actes et prestations remboursables sur l'avis de la Haute autorité, ainsi que les taux de remboursement.

L'Union des organismes de protection sociale complémentaire en santé (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance) assurera une gestion conjointe avec les régimes obligatoires ; elle sera associée aux décisions et pourra peser sur le niveau de remboursement, elle participera aux négociations avec les professionnels de santé. Un cahier des charges devrait définir les règles des contrats minimaux permettant aux complémentaires de bénéficier des avantages sociaux et fiscaux, mais au-delà de ces contrats minimaux le privé sera libre d'assurer comme bon il lui semblera. Un crédit d'impôt est censé permettre à chacun d'accéder à une complémentaire de base. En réalité son montant ne permettrait de souscrire que la quart d'une assurance ou mutuelle complémentaire. En outre, il faut rappeler que les assu-



reurs complémentaires, assureurs, mutuelles, sont des organismes de droit privé. Les fonds publics iront donc aider à souscrire des contrats privés avec des organismes privés tandis que les fonds sociaux feront défaut aux organismes de base.

3. Le financement. Des mesures injustes et inefficaces.

Les exonérations de cotisations maintenues. Si le texte pose le principe pour l'avenir d'une compensation intégrale des exonérations de cotisations sociales, sur la dette actuelle de l'État qui s'élève à plus de 2 milliards d'euros par an, seul 1 milliard serait rétrocédé en puisant dans le produit de la taxe sur les tabacs. On est loin du compte, puisque le reversement intégral à l'assurance maladie des taxes qui devraient lui revenir (sur les tabacs, les alcools et les contrats d'assurance automobile) représente 15 milliards d'euros par an.

L'augmentation de la CSG sur les actifs et les retraités. Le taux de la CSG sur les retraites imposables est augmenté de 0,4 point (de 6,2% à 6,6%). L'assiette de la CSG et de la CRDS sur les salaires est étendue : elles s'appliqueront sur 97% du salaire brut au lieu de 95%, alors que le taux de la CSG sur les revenus du patrimoine et les revenus de placement n'augmentera que de 0,7 point.

La C3S (contribution sociale de solidarité des sociétés) qui ne concerne que les entreprises réalisant plus de 750 000 euros de chiffre d'affaires, passerait de 0,13% à 0,16%.

Ces mesures ne sont aucunement équitables puisque la contribution demandée aux entreprises sur les 4 ou 5 milliards de recettes supplémentaires ne représenterait que 700 millions d'euros.

Entreprises	0,70 milliard d'euros
Retraités	0,56 milliard d'euros
Actifs et chômeurs	1,00 milliard d'euros
Franchise de 1 euro / consultation	0,40 milliard d'euros
Hausse du forfait hospitalier	0,30 milliard d'euros

La CRDS prolongée. On organise le transfert de la charge financière de la dette à la CADES. Les déficits cumulés de 2005 et 2006 seraient pris en charge dans la limite de 15 milliards d'euros, ce qui suppose que la CRDS soit prolongée au-delà de 2014 jusqu'à l'achèvement du remboursement de la dette sociale.

On prétend que le retour à l'équilibre s'effectuerait en 2007 ! Mais les mesures prévues sont injustes, inefficaces et dangereuses. En outre, le total de 15 milliards, 10 milliards d'euros d'économies, 5 milliards de recettes supplémentaires, apparaît irréaliste, voire carrément farfelu... C'est d'ailleurs ce que révèlent les calculs du ministère de l'économie, mais avec évidemment la volonté de durcir encore ce plan de régression.

Combattre ce plan régressif et proposer des alternatives à faire grandir dans les luttes.

Le plan Douste-Blazy prétend sauvegarder l'assurance-maladie alors qu'en réalité il vise avant tout, en organisant son asphyxie financière, à obliger à des réductions draconiennes des dépenses publiques de santé et à institutionnaliser la montée des dépenses privées. Il est traversé par une obsession : réduire les prélèvements obligatoires et avant toute chose les cotisations sociales, particulièrement les cotisations patronales, coupables selon la logique ultra-libérale de peser sur le coût du travail en prétendant que celui-ci constituerait une entrave à la compétitivité et à l'emploi. Ce plan est marqué par le dogme de la réduction du coût du travail, en s'attaquant d'abord aux cotisations sociales. Il fait silence sur le fait que la France est en réalité, pour la main d'œuvre ouvrière, parmi les pays développés, un pays à bas coût du travail. Il veut avant tout faire admettre l'idée que la santé des populations n'intéresse pas les entreprises qui n'auraient pas à payer, alors qu'elles sont responsables par leur type de gestion de la dégradation de la santé des salariés et qu'elles profitent d'une force de travail en bonne santé, facteur de productivité accrue.

Le plan Douste-Blazy, comme le Medef, considère la dépense de santé comme un poids pour l'économie alors que c'est un facteur de croissance et de création d'emploi. Il vise à refuser les moyens de financer la dépense publique de santé alors que les besoins de santé vont s'élever en relation avec le niveau de développement, le vieillissement, le progrès scientifique et technique médical. Elles doivent aussi s'accroître afin de s'attaquer aux inégalités sociales de santé, en relation aussi avec les exigences du développement de la prévention, d'amélioration des taux de remboursement, de créations d'emplois et de formations tant à l'hôpital qu'en soins de ville pour sortir de la crise de la démographie médicale et du rationnement comptable.

En refusant les moyens de financement contribuant à un système de santé renoué, il cherche à organiser l'éclatement de notre système de santé. L'irrésistible ascension de la

dépense privatisée institutionnalisée par le plan Douste-Blazy, et la marche vers un système de santé à plusieurs vitesses conduiraient, en réalité comme le montrent les exemples étrangers (notamment Etats-Unis et Pays-Bas) à des coûts plus élevés, à une explosion des inégalités et à une dégradation des indicateurs de santé.

Ce plan est inefficace en ce qui concerne son financement, mais il organise un **engrenage** au niveau de l'offre de soins comme de l'organisation et de la « gouvernance » du système ainsi que du financement. Il faut dénoncer l'idéologie de ce plan à la fois libéral-extrême et policier, contraire à la déontologie et à l'éthique médicale, comme aux libertés. Il faut en montrer la gravité, il ne s'agit pas d'un énième plan de redressement mais du démantèlement de notre système de santé et de la construction d'un nouveau système dominé par la montée du privé. Un système éclaté (à plusieurs vitesses), inégalitaire, sabordant toutes les bases de notre système de sécurité sociale solidaire et inefficace comme le démontrent les systèmes étrangers caractérisés par une domination de la libre concurrence, du marché et des mécanismes privés.

Nous voulons organiser les luttes et les résistances contre ce mauvais plan et proposons une autre réforme.

Propositions alternatives au plan Douste-Blazy

1. Nous voulons construire le système de santé solidaire et efficace du XXI^e siècle

Il s'agit d'abord de sortir de la crise du système de santé et de contribuer à un processus de sortie de la crise d'ensemble du système économique et social. Une réforme de progrès du système de santé est indispensable. Il est nécessaire de réorienter et développer les dépenses de santé. Il faudra répondre aux nouveaux besoins de santé qui vont monter en relation avec le niveau de développement, le vieillissement, le progrès médical, s'attaquer aux nouveaux fléaux (SIDA, maladies dégénératives) et à la résurgence de certaines pathologies, notamment la tuberculose, particulièrement dans les milieux défavorisés.

L'organisation d'États généraux de la santé, décentralisés permettrait d'évaluer les besoins au plus près du terrain, à partir des propositions des acteurs sociaux. Il faut lutter contre les inégalités sociales et régionales de santé, améliorer les taux de remboursement en allant vers une prise en charge complète des soins par la couverture de base. Cet effort doit se concentrer en premier lieu sur les plus modestes. La prévention de la maladie doit être développée, notamment la prévention au travail, le système de santé pourrait ainsi être réorienté vers la prévention.

Des formes de rémunérations des médecins émancipées du paiement à l'acte devraient être encouragées pour permettre un accès aux soins plus précoce et plus gratuit ; à la revalorisation du rôle du médecin généraliste comme pivot d'un système de santé coordonné pour un meilleur suivi du malade doit s'allier une coopération véritable entre soins de ville et hôpital. Des formes pluridisciplinaires et concertées des soins devraient permettre un meilleur suivi des malades, un travail en réseau semble incontournable.

Un plan d'urgence emploi-formation, aussi bien en soins de ville qu'à l'hôpital doit être établi ; l'objectif serait de former 9 000 médecins et 40 000 infirmiers par an. Une allocation formation permettrait de démocratiser les professions médicales, tout particulièrement pour les spécialités et les zones géographiques sinistrées, ce qui nécessitera des méthodes plus directives et ciblées. Un vaste programme

de formation continue doit être mis en place, aussi bien concernant l'hôpital que les soins de ville, pour permettre l'accès aux nouveaux emplois et l'adaptation des professionnels de santé à l'évolution des connaissances épidémiologiques et des nouveaux traitements.

Il faut sortir du plan Hôpital 2007 pour mettre en chantier une grande réforme de l'hôpital en sortant du rationnement comptable, en élaborant un nouveau type de gestion et de financement centré sur le développement des ressources humaines et l'intervention de tous les personnels et des usagers, afin d'améliorer les résultats, dans l'intérêt des malades eux-mêmes.

Il conviendrait d'instaurer un contrôle public et social dans la gestion des entreprises pharmaceutiques, de mettre en débat la question des médicaments génériques, des déremboursements et des médicaments dits innovants, ce qui nécessiterait l'intervention d'une instance réellement scientifique et indépendante à laquelle serait associée les acteurs sociaux.

Il faut œuvrer pour une démocratie sociale et sanitaire d'un type nouveau permettant d'exprimer les besoins de santé et pour donner des droits et des pouvoirs effectifs aux associations de malades. Les administrateurs des caisses devraient être élus par la population sur listes syndicales, avec la reconnaissance des nouveaux syndicats. Il conviendrait de doter la CNAM (et les salariés) de pouvoirs réels plutôt que de la condamner à réduire le « périmètre de soins remboursables » et les taux de remboursement au nom de l'équilibre comptable. Il faut combattre à la fois l'ingérence des complémentaires et des forces du marché et l'étatisation.

2. Une indispensable réforme et un développement du financement.

Une incontournable réforme du financement pour dégager de nouveaux moyens de financement afin de faire face aux nouveaux besoins de santé

Le principe de la cotisation sociale fonction des salaires versés dans les entreprises, lieu où se créent les richesses, doit être réaffirmé.

– Il faut relever les taux et la masse des cotisations patronales, en s'appuyant sur le développement de l'emploi, de la formation, des salaires. Ainsi, une modulation des taux de cotisations patronales pourrait inverser la logique actuelle, où plus une entreprise licencie, économise sur les salaires et fuit dans les placements financiers, moins elle paie de cotisations. On pourrait soumettre les entreprises qui réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée à des taux plus lourds. Inversement, les entreprises qui, sous contrôle de l'intervention des salariés, relèvent la part des salaires dans la VA pourraient être assujetties à un taux de cotisation relativement plus bas mais sur une masse salariale élargie ce qui serait source de nouvelles recettes. Pour accroître de manière durable les rentrées de cotisations, cela implique un nouveau type de politique économique et de gestion des entreprises, appuyé sur les luttes

et les interventions des salariés, pour aller vers le relèvement de la part des salaires dans la VA (qui a perdu 10 points depuis 1983).

Face à l'urgence, une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières (165 milliards d'euros en 2002) au même taux que l'actuelle cotisation patronale à l'assurance-maladie ferait entrer 20 milliards d'euros. On pourrait aussi soumettre à cotisation l'épargne salariale et l'intéressement. En outre, il est nécessaire de **mettre en cause les exonérations de cotisations patronales**. Pour commencer, l'État doit reverser intégralement à la Sécurité sociale les exonérations qui auraient dues être compensées, car ce sont **2 milliards d'euros** par an qui n'ont pas été versés. Au-delà, il faut **supprimer ces exonérations** : elles ont représenté 20 milliards d'euros en 2003 alors qu'elles ne créent pas d'emplois et tirent tous les salaires vers le bas en privant l'assurance-maladie de ressources. Le produit de ces exonérations pourrait être converti en bonifications de taux d'intérêt pour permettre un nouveau crédit bancaire favorisant le financement pour les entreprises, d'autant plus important que celles-ci axeraient directement leurs investissements sur le développement des emplois et des formations.

En outre, le produit des taxes sur les

tabacs (8 milliards d'euros), sur les alcools et sur les taxes d'assurance automobile, soit un total de 15 milliards d'euros, devrait être intégralement versé à l'assurance-maladie.

On doit aussi envisager :

- de créer un fonds de garantie pour les dettes patronales.
- de développer le financement public pour l'hôpital (enseignement, recherche, équipement) et pour ce faire, relever le taux et la part des revenus proprement financiers au sein de la CSG.
- de brancher le financement de l'assurance-maladie sur la construction d'un nouveau système de sécurité d'emploi et de formation.

Au-delà, la sortie de la crise systémique et la marche vers une nouvelle phase d'essor impliqueraient une créativité nouvelle. Le besoin de transformation des structures et de nouveaux mécanismes de régulation implique du courage et de l'inventivité. Construire un nouveau système de santé pour le XXI^e siècle, cela s'articule avec la construction d'un nouveau système de sécurité d'emploi et de formation¹ : une créativité révolutionnaire comme l'était la sécurité sociale en 1945 mais pour répondre aux exigences de notre temps afin de sortir de l'insécurité liée au chômage et à la précarité, ce qui garantirait aussi des bases solides de financement d'une sécurité sociale refondue et développée. ■

1. Paul Boccard, *Une sécurité d'emploi ou de formation. Pour une construction révolutionnaire de dépassement contre le chômage*, Le Temps des Cerises, Pantin, 2003.



Il y aura donc obligatoirement une montée de la participation personnelle des malades au profit des assurances privées