Assurance-maladie
Un projet de loi inacceptable !

■ Le projet de loi est basé sur une logique strictement comptable et va aggraver considérablement les inégalités sociales en matière d'accès aux soins ■ Il est inéquitable car demandant des efforts financiers essentiellement aux salariés et aux retraités ■ Il donne une place importante aux complémentaires, assureurs privés et mutuelles, dans la gestion de l'assurance-maladie obligatoire, avec le risque de remplacer ainsi progressivement la logique de solidarité par celle de la rentabilité financière ■ Le gouvernement veut pourtant le faire adopter au mois de juillet ■ Il reste peu de temps pour construire les rapports de forces nécessaires afin d'imposer une assurance-maladie qui permette réellement un égal accès pour toutes et tous aux soins ■

Les salariés vont payer !

Le projet de loi prévoit un certain nombre de mesures financières qui apparaissent comme fondamentalement inéquitables :

- élargissement de l'assiette de la Contribution sociale généralisée (CSG) qui serait calculée sur 97 % du salaire au lieu de 95 %.

- augmentation de 0,4 % du taux de la CSG pour les retraités imposables.

- prolongation de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) qui correspond à un prélèvement de 0,5 % sur les salaires.

Mesure essentiellement symbolique, les entreprises les plus importantes se verraient augmenter de 0,03 % la Contribution sociale de solidarité (C3S) à laquelle elles sont assujetties.

Depuis 20 ans, la part des salaires (salaires directs et cotisations sociales) dans la richesse nationale a baissé de 10 points, alors que dans le même temps les profits financiers improductifs et les dividendes versés aux actionnaires explosaient. Malgré cela, le gouvernement se refuse à toute augmentation des cotisations patronales et veut faire porter une fois de plus les efforts sur les mêmes, c'est-à-dire les retraités et les salariés.

Un projet de loi pour les assureurs privés

"La réforme de la sécu ouvre un champ de développement pour les assureurs", voila ce que déclare le président du patronat des sociétés d'assureurs (La Tribune 20/06). Gérard de la Martinière, c'est son nom, va effectivement à l'essentiel. Le projet de loi du gouvernement construit un cadre qui permettra un désengagement de l'assurance-maladie obligatoire pour le plus grand profit des complémentaires.

Le projet de loi crée une union des organismes complémentaires, assureurs privés et mutuelles. Cette structure aura son mot à dire sur les orientations de l'assurance-maladie, notamment sur les tarifs des actes et prestations et les taux de remboursement. Le projet de loi prévoit d'ailleurs que ces derniers pourront varier en fonction du comportement du patient.

Le risque est grand que la part remboursée par la Sécurité sociale diminue progressivement, donnant ainsi une place plus importante aux complémentaires.

Or, les assureurs privés,et aujourd'hui la plupart des mutuelles, ne pratiquent pas l'égalité d'accès aux soins qui est à la base de l'assurance-maladie obligatoire. Dans cette dernière chacun paye en fonction de son revenu et est couvert de la même façon.

Dans les complémentaires chacun paye en fonction du niveau de couverture qu'il veut avoir, les assureurs privés pratiquant eux carrément une sélection des risques.

On le voit, plus le poids des complémentaires augmente, plus la logique de la rentabilité financière l'emporte sur celle de la solidarité, plus les inégalités sociales augmentent.

Union syndicale Solidaires G10

93bis rue de Montreuil
75011 Paris

Téléphone : 01 58 39 30 20
Télécopie : 01 43 67 62 14

contact@solidaires.org
www.solidaires.org

Un euro, vous avez dit un euro ?

Le projet de loi prévoit une franchise d'un euro par acte médical. Celle-ci resterait à la charge du patient.

Le gouvernement espère ainsi "responsabiliser" les patients qui abuseraient des visites aux médecins. Un euro donc, pour sauver la sécu. Pourquoi pas ?

Mais toutes les études montrent qu'un tel système est inefficace. Là où il a été mis en place, le nombre d'actes médicaux a continué à augmenter au même rythme qu'ailleurs.

Mais l'essentiel n'est pas là. Cette mesure ouvre la porte à un désengagement de l'assurance-maladie dans la logique de ce qui a été fait avec le forfait hospitalier.

Celui-ci était à l'origine d'un très faible montant ; il est maintenant de 13 euros et le gouvernement va encore l'augmenter pour le faire passer à 16 euros. Il est d'autant plus évident que cette franchise augmentera dans l'avenir que son montant n'est pas indiqué dans le projet de loi et pourra être fixé par le gouvernement.

Médecine à deux vitesses ?

Le projet de loi prévoit l'obligation pour chaque assuré d'avoir un "médecin traitant" pour favoriser la coordination des soins. Ce médecin, qui serait un généraliste, serait un point de passage obligé pour le patient, notamment avant d'aller voir un spécialiste.

Cette mesure peut paraître de bon sens. En effet une meilleure coordination des soins ne peut être que profitable aux patients. Mais derrière cet objectif, se cache en fait l'officialisation d'une médecine à deux vitesses.

En effet, l'accès direct aux spécialistes est maintenu. Dans ce cas, ils pourront augmenter leurs honoraires qui ne seraient pas remboursés par l'assurance-maladie. Au-delà du fait que le gouvernement donne ainsi satisfaction à une clientèle électorale déjà choyée, se mettrait ainsi en place une logique implacable.

Ceux qui en auraient les moyens pourraient avoir un accès direct aux spécialistes en payant le prix fort. Ces derniers favoriseraient évidemment pour les rendez-vous cette clientèle aisée qui serait pour eux une source de revenus importants.

Le commun des mortels serait obligé de passer par un généraliste qui sera encouragé, pour cause d'économies, à faire en sorte de limiter l'accès aux spécialistes. Mais surtout, les délais d'attente augmenteront considérablement sous le double impact du manque de spécialistes et de la priorité donnée aux patients ayant un accès direct.

Se mettraient ainsi en place deux filières de soins et une médecine à deux vitesses. Derrière une mesure apparemment de bon sens, ce sont les inégalités sociales qui se développeraient considérablement.

Les assurés pénalisés ?

Le projet de loi prévoit de mettre en place des "références médicales" que devront suivre les professionnels de santé. Il prévoit que les assurés ne seraient pas remboursés si ces références ne sont pas suivies.

Cette mesure risque d'enfermer le médecin prescripteur dans une logique strictement comptable. En effet, vu la logique d'économies budgétaires qui prévaut, ces références seront probablement construites sur les thérapies les moins onéreuses et non pas sur celles qui seraient les plus efficaces. Ainsi le patient, s'il veut être remboursé, devra accepter des prescriptions dont il n'est pas sûr qu'elles soient les meilleures disponibles.

Un médecin aura toujours une liberté de prescription, mais dans ce cas, le patient ne serait pas remboursé. Un élément de plus vers une médecine à deux vitesses !

Dossier médical, attention danger !

Le projet de loi prévoit la mise en place d'un dossier médical informatisé qui serait accessible aux médecins. Cette mesure paraît a priori de bon sens. Ce dossier permettra aux médecins d'avoir une vue globale du patient, des examens effectués et des thérapies suivies.

Cependant les conditions de sa mise en place sont aujourd'hui loin d'être clarifiées. En effet, si le patient pourra contrôler l'accès des professionnels de santé à son dossier, son autorisation pourra conditionner le niveau de prise en charge des prestations. Autant dire que la plupart des patients n'auront pas le choix.

Mais surtout rien n'est indiqué sur les conditions d'accès des médecins de contrôle à ce dossier. Plus grave encore, la notion de secret médical est absente du projet de loi. Comment sera-t-il respecté afin que ce dossier ne puisse être accessible aux employeurs et aux complémentaires, que ce soient les mutuelles ou les assurances privées ? Une vigilance extrême s'impose, d'autant plus sur ce point que le lobby des assurances fait actuellement pression sur le gouvernement pour pouvoir avoir accès aux données personnelles de santé.