

Paris, le 2 novembre 2010

PLFSS 2010 : Pendant la crise, la démolition de la sécu continue...

Le titre du dossier de presse sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2010 en dit long : «Gérer la crise et continuer à réformer la sécurité sociale ». Gérer la crise, c'est annoncer des déficits toujours plus abyssaux pour préparer le terrain à des mesures encore plus draconiennes . Réformer la sécurité sociale se traduit par continuer à réduire la part du régime obligatoire dans la prise en charge des dépenses de santé. Tout est dit : le PLFSS pour l'année 2010, poursuit les objectifs des précédents. Sa logique reste celle de faire payer les malades plutôt que d'améliorer la couverture sociale de la population. Les inégalités d'accès aux soins persistent, voire s'accroissent sous l'effet du recul de la prise en charge par l'Assurance maladie, de l'envolée des tarifs des complémentaires et de la dégradation de la situation sociale.

L'élargissement des ressources de la sécurité sociale

Le projet de loi évoque l'élargissement des ressources de la sécurité sociale à travers la réduction des niches sociales. Mais cet élargissement reste très limité, épargnant les entreprises et les hauts revenus du fait de l'existence du bouclier fiscal qui intègre CSG et CRDS et, bien évidemment n'évoquant aucunement une autre répartition des richesses.

Les mesures relatives à l'Assurance Maladie

- Hausse du forfait hospitalier, de 16 à 18 euros par jour et baisse du taux de remboursement de 110 médicaments

Il en coûtera ainsi, à l'assuré, 126 euros pour une semaine d'hospitalisation. Depuis sa création il y a vingt-sept ans, ce forfait a augmenté trois fois plus vite que l'inflation, note la Mutualité, soulignant que, tôt ou tard, cette hausse amènera les mutuelles à relever leurs tarifs.

D'autant que celles-ci devraient faire face à un autre alourdissement de leurs charges avec la baisse du taux de remboursement de 110 médicaments, dits « à service médical rendu faible » de 35 % à 15 %, également au menu de ce PLFSS. Rien d'étonnant, dès lors, si, d'après une enquête de la Tribune, les complémentaires santé se préparent à relever leurs tarifs de 5 % à 10 %, au 1er janvier 2010, après une hausse de 5 % cette année.

Pour l'Union syndicale Solidaires, ces déremboursements relèvent de l'hypocrisie : si l'efficacité thérapeutique d'un médicament n'est plus démontrée, non seulement ils ne doit plus être prescrit, ni pris en charge par l'assurance maladie, mais ils doit être retiré du marché.

- Des économies sur les Affections de Longue Durée :

Concernant les Affections de Longue Durée, le PLFSS prévoit la sortie d'une couverture à 100% après stabilisation, applicable dans un premier temps aux cancers, introduisant une logique contraire aux fondamentaux de notre Sécurité sociale. Le gouvernement substitue aux principes de solidarité, de droit à la santé, la logique du chacun pour soi, il continue à culpabiliser les plus malades.

- La politique des contrôles des Indemnités Journalières, de lutte contre les fraudes, d'encadrement des prescriptions est sur une dérive malsaine de suspicion généralisée. Au moment où les problèmes de souffrance au travail sont enfin mis au jour, le gouvernement de ne se pose pas la question des causes des arrêts de travail mais considère d'emblée qu'il y a fraude et abus de la part des malades.

Ajoutons que certains députés proposent un 4ème jour de carence (non indemnisé par la Sécu) ou la possibilité pour les salariés en arrêt de travailler à domicile !

- La prise en compte par le contrôle médical de la Sécu des avis des médecins à la solde des employeurs est scandaleuse, l'impartialité de ces médecins-employeurs est plus que discutable. Les abus sont insignifiants en volume et en coût.

Accréditer cette idée contribue à dédouaner les employeurs de leur responsabilité quant à l'état de santé des salariés. En cultivant la peur des contrôles, gouvernement et patronat veulent agir sur les comportements et obliger les travailleurs à rester au travail au risque de mettre en danger leur santé.

- L'imposition annoncée des Indemnités Journalières dans le cadre d'accident du travail ou de maladie professionnelle relève de la même logique : porter atteinte à la réparation des préjudices subis par les salariés au travail. Une pétition contre la taxation des indemnités, à l'initiative de la Fondation Copernic, des partis politiques de gauche, et de l'Union Syndicale Solidaires est signable en ligne à l'adresse <http://wp.non-taxation-at.net>

La branche retraite

- Remise en cause de la MDA (Majoration de la durée d'assurances) accordée aux mères du privé par les régimes de retraites.

Dans le secteur privé, jusqu'à présent, une mère pouvait valider huit trimestres de retraite par enfant.

La MDA compense en partie, mais en partie seulement, les inégalités très fortes subies par les femmes dans leur vie professionnelle. Le gouvernement a d'abord envisagé une remise en cause pure et simple de la MDA durant l'été. Devant les nombreuses protestations, il a annoncé qu'il maintenait le dispositif pour les enfants nés avant 2010, mais de nouvelles mesures pour les autres. A partir de cette date, la MDA serait divisée en deux. Il reviendrait aux parents de s'entendre sur le choix du bénéficiaire avant les quatre ans de l'enfant.

Et cela au nom de l'égalité entre les hommes et les femmes !

Toute remise en cause de la MDA entraînera une baisse du montant des retraites servis à la grande majorité des femmes, déjà pénalisées par les contre-réformes de 1993 (secteur privé) et 2003 (fonctions publiques).

Ces mauvais coups contre les femmes préparent de nouvelles attaques plus globales programmées en 2010 par le gouvernement pour un nouvel allongement du nombre d'annuités : il y a donc urgence à ne pas laisser passer de telles mesures !

La branche Famille

- Des contrôles et des sanctions encore plus importants

En matière de prestations familiales et d'aides au logement, l'essentiel des mesures consistent en un nouvel arsenal de contrôles, la lutte contre la fraude étant la seule préoccupation du gouvernement

Bien sûr, tout au long du PLFSS, ce sont les assurés fraudeurs qui sont ainsi « pourchassés », aucune mesure n'étant proposée pour combattre une éventuelle fraude de la part des employeurs.

Imposer le maintien d'une assurance maladie solidaire

Imposer le maintien et le développement d'une sécurité sociale solidaire

Contrairement aux assurances privées et à la plupart des mutuelles, une sécurité sociale solidaire permet un accès égal aux soins pour tous et toutes. Chacun paie en fonction de son revenu, sans tenir compte du risque qu'il représente. C'est une différence fondamentale avec les assureurs privés et même la plupart des mutuelles pour qui les plus pauvres peuvent payer moins, mais avec pour conséquence une couverture moindre. Ainsi, dans la Sécurité sociale solidaire, non seulement tout le monde peut être couvert, mais tout le monde est couvert de la même façon.

Pour l'Union syndicale Solidaires, ce principe implique de renforcer le régime obligatoire d'assurance maladie, d'autant plus que nombre d'assurés se trouvent contraints à renoncer à des soins faute de revenus suffisants et devant les reculs de la prise en charge collective. Il faut passer progressivement à une prise en charge à 100 %. Une telle perspective ne peut se concevoir qu'en améliorant le financement de la Sécurité Sociale. Cela passe d'abord par le remboursement des dettes patronales et de celles de l'Etat et par l'arrêt des exonérations de cotisations sociales qui atteignent une trentaine de milliards d'euros dont notamment 2 milliards de pertes sèches pour la Sécu, actuellement non compensées par le Budget de l'Etat.

Mais il faut surtout imposer un rééquilibrage de la part des salaires dans la richesse créée par les entreprises. Cela est d'autant plus possible que celle-ci a baissé de 10 points en 20 ans. La part dite patronale des cotisations sociales doit donc augmenter.

Cela ne peut s'envisager sans une véritable démocratie participative. S'il s'agit d'abord de rétablir des élections à la Sécurité sociale afin que les assurés sociaux se réapproprient cet outil, il faut aussi organiser, tant au niveau local que national, des débats collectifs rassemblant tous les acteurs du système, organisations syndicales, associations de malades, mutuelles, professionnels de santé, etc. C'est à partir des besoins exprimés que doit être décidé ce qui doit être remboursé par l'assurance-maladie, c'est-à-dire les meilleurs soins disponibles, et à partir de là de définir collectivement les moyens financiers à mettre en oeuvre.