

Tous malades

Un an après la réforme des retraites, la réforme de l'assurance maladie a été adoptée par le Parlement. Les auteurs de ce 17^e plan de réforme (depuis 1975) proclament « *trois grandes orientations sont au cœur de la réforme : mieux organiser le système de soins pour mieux soigner et éviter les gaspillages et les abus, rénover la gouvernance de l'assurance-maladie en clarifiant les rôles de chacun pour faire en sorte que les orientations arrêtées soient scrupuleusement mises en œuvre. Enfin, financer la dette accumulée depuis 2001 (32 milliards) et qui va continuer à croître un peu d'ici 2007, date du retour prévu à l'équilibre annuel entre dépenses et recettes* ».

L'accroissement des dépenses de l'assurance-maladie n'est pas une surprise : le vieillissement de la population et le progrès technologique sont des causes structurelles que l'on ne peut nier. Mais le déficit apparu depuis 3 ans – déficit évalué à 11,9 milliards pour la seule année 2003 – est dû à une absence de recettes liée à la situation économique. La montée du chômage et la stagnation de nombre d'emplois, une politique salariale non dynamique sont autant de facteurs qui freinent les rentrées financières. Viennent s'ajouter les décisions du gouvernement Raffarin concernant les hausses d'honoraires : aussi légitimes soient-elles, qui financera le plan pour les chirurgiens des cliniques privées ? Qui financera le projet de forfait complémentaire aux généralistes qui s'installent en zones déshéritées ?

FINANCER LA DETTE

Les assurés sociaux sont les premiers touchés par le plan gouvernemental. Pour rétablir les comptes à l'horizon 2007 et freiner les dépenses, le Gouvernement a prévu 5 milliards de recettes nouvelles et 10 milliards d'économies. Après la hausse des cotisations mutualistes, s'ajoutent des mesures nouvelles qui concernent directement les assurés sociaux : franchise d'un euro par acte médical, hausse du forfait hospitalier, augmentation de la CSG, choix d'un médecin traitant. Ces

premières mesures appellent l'opposition des syndicats.

Dès le 1^{er} janvier 2005, l'assuré versera donc une « *participation forfaitaire* » de 1 euro, non remboursable par la Sécurité sociale ou par une assurance complémentaire. Ce forfait, dont le montant est plafonné à 50 euros dans l'année, sera versé à un établissement de santé pour chaque consultation ou acte médical réalisé « *en ville ou dans un établissement de santé* ». Dans le même temps, le forfait hospitalier augmentera de 3 euros en 3 ans, passant ainsi de 13 euros à 16 euros en 2007 (on notera qu'il y a 20 ans, ce forfait était de 3 euros...)

Le taux d'imposition de la CSG sera augmenté de 0,4 % pour les retraités imposables, passant de 6,2 % à 6,6 %. Il reste inchangé pour les salariés, mais l'assiette sur laquelle se fait son calcul s'élargit, passant de 95 % à 97 % du revenu, de même que celle de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Le texte instaure une bien modeste imposition additionnelle de 0,03 % à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).

La création d'une franchise de 1 euro lors d'une consultation - en principe intangible - ouvre la porte à une prise en charge croissante par le patient du coût de la consultation. La hausse du forfait hospitalier est là pour nous mettre en garde contre cette nouvelle atteinte au principe de solidarité qui pénalise les malades aux revenus les plus faibles en les incitant à attendre pour voir le médecin, alors qu'ils ne sont pas les plus gros consommateurs.

La hausse de la CSG, si elle touche tous les salariés, frappe particulièrement les retraités qui ont connu depuis 1991 la plus forte augmentation de leurs prélèvements sociaux. Pour la FGR, cette hausse introduit - outre une diminution du revenu - des discriminations arbitraires entre actifs et retraités, entre retraités imposables et non imposables, et même entre la nature des revenus de remplacement.

Au total, la pénalisation des salariés et des retraités pour trouver les 5 milliards de recettes supplémentaires est parti-



Michel ROUGERIE

culièrement inéquitable. Seul 1 milliard de recettes nouvelles viendra du budget de l'État, alors que les exonérations de charges accordées aux entreprises coûtent déjà 3 milliards à la Sécurité Sociale. Il faut commencer par clarifier les relations entre l'État et la Sécurité Sociale en garantissant le retour dans le budget de l'assurance maladie des 3 milliards prélevés au titre de la santé sur l'alcool, le tabac, les assurances.

MIEUX ORGANISER LE SYSTÈME DE SOINS ?

Dès le 1^{er} janvier 2005, tout patient de plus de 16 ans devra choisir un « *médecin traitant* » (généraliste, mais aussi pédiatre ou gynécologue); ce dernier dirigera si nécessaire vers d'autres praticiens le patient, qui sera alors remboursé au taux le plus haut. Si l'assuré consulte directement un spécialiste (hors congé ou situation d'urgence), il se verra appliquer un dépassement tarifaire. Cette mesure ne concerne pas des spécialités comme la gynécologie, l'ophtalmologie ou la consultation d'un endocrinologue par un diabétique.

D'ici au 1^{er} juillet 2007, tout assuré devrait disposer d'un dossier médical informatisé, sur Internet, qui centralisera toutes les informations médicales le concernant. Ceci devrait permettre de relever les « *mauvaises pratiques* » et les doublons. Le remboursement intégral des actes sera conditionné à leur inscription dans ce dossier.

Enfin, pour lutter contre la fraude et les abus, une photographie de l'assuré et une « *empreinte bio métrique* » seront apposées sur la carte vitale lors du prochain renouvellement en 2006. Les contrôles des arrêts maladie seront renforcés; les indemnités journalières perçues lors d'arrêts abusifs seront remboursées.

Ces mesures, apparemment de bon sens, appellent de très sérieuses réserves. Ainsi, au nom de l'UNSA, Alain Olive « *refuse une médecine à deux vitesses. La discrimination se fera entre ceux qui pourront payer plus et obtenir un rendez-vous*

et les autres. Au lieu d'ouvrir ainsi tout grand la porte aux honoraires des spécialistes, il vaudrait mieux inciter les jeunes à s'installer dans des zones où l'on manque de médecins ».

L'instauration du dossier médical informatisé pose également problème. Quelle économie l'assurance maladie fera-t-elle grâce au dossier médical ? nul n'en sait rien. Ce qui est sûr, avant même de parler d'économies, c'est que cette mise en place nécessitera de gros investissements. Combien la Sécurité sociale devra-t-elle investir ? 500 millions au bas mot, selon Bernard Pierre, conseiller du Ministre de la Santé.

Un Ministre qui a choisi habilement de mettre en avant la lutte contre les abus et les fraudes. La structure des dépenses de santé est claire : une année donnée, 5 % des personnes sont à l'origine de plus de la moitié des dépenses, tandis que la moitié de la population n'est à l'origine que de 6 % des dépenses. La plus grande part de la dépense est le fait de personnes gravement malades prises en charge par le système de soins, et dont les possibilités de choix, et donc d'éventuels abus et fraudes, sont pratiquement nulles.

LA GOUVERNANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les difficultés financières de l'assurance-maladie expliquent le transfert de charges qui s'est opéré sur les systèmes complémentaires : ainsi la MGEN a dû augmenter fortement les cotisations portées, à court terme, à 3,1 % des revenus tant pour les actifs que pour les pensionnés. L'ensemble des mutuelles, lasses d'être prises pour des vaches à lait, ont exigé de devenir des partenaires à part entière, comme les caisses d'assurance-maladie. Cette demande légitime a été prise en compte dans la réforme.

Ainsi, un nouveau schéma d'organisation du système est mis en place : au seul paritarisme patronat/salariés dans les caisses d'assurance-maladie succède un tripartisme entre caisses d'assurance maladie - caisses complémentaires - professionnels de santé qui aura pour vocation de conduire le dialogue entre les différentes parties. Les mutuelles ont désormais une responsabilité nouvelle : un rôle de cogestion d'un système de santé très dépendant de la politique menée par le pouvoir.

En effet, l'analyse des structures de pilotage fait apparaître deux niveaux : l'un décisionnel, où l'État fixe les grandes orientations et les équilibres financiers, comme les directeurs et la Haute autorité qui délimite le périmètre de ce qui doit être ou non remboursé, l'autre, gestion-

naire, où les caisses ou les complémentaires devront rester dans les clous, même si elles sont invitées à formuler des avis. Dans un nouveau contexte où la concurrence avec les assurances privées est clairement ouverte, il appartient donc aux assurés sociaux de faire de leur mutuelle un lieu de défense des intérêts bien compris des malades. Il revient donc à chaque mutuelle d'associer de la manière la plus large, dans sa vie interne, toutes ses composantes, toutes les tranches d'âge, pour faire vivre les valeurs mutualistes, pour défendre sans complaisance les intérêts de tous les assurés. Cette exigence d'une plus grande démocratie passe également par une rénovation de la représentation dans les caisses d'assurance-maladie qui doit être ouverte, après des élections, à toutes les centrales syndicales.

Ce que nous voulons :

Le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance maladie, adopté à l'unanimité de ses participants insistait sur « l'urgence d'un redressement par la qualité » car il considérait l'assurance maladie comme « un de nos grands succès collectifs qui, par son importante fonction sociale, est un de nos biens communs les plus précieux ». Or, selon l'UNSA, la réforme manque d'ampleur, de souffle et d'ambition, qui repose sur la culpabilisation des usagers. M. Sauvadet, porte-parole UDF à l'Assemblée dira « ce n'est pas une réforme, c'est un plan de financement qui ne régleira aucun problème ».

Nous avons besoin d'un projet au financement équitable. Or la réforme organise un financement inégalitaire qui repose sur les salariés et met en place une médecine à deux vitesses. La plupart des mesures affichées ne relèvent que d'un colmatage financier qui ne règle pas clairement l'avenir de l'assurance-maladie : il s'agit de réduire non pas la dépense de soins, mais la part de cette dépense prise en charge collectivement.

Nous avons besoin d'un plan de financement crédible. Or l'apurement de la dette cumulée depuis 2001 ne se fera que par l'emprunt, un emprunt qui permettra le report au-delà de 2014 du règlement de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS). Sur ce point, F. Bayrou affirmera « ce n'est pas une faute de gestion, c'est une faute morale ».

Nous avons besoin de vraies mesures sur la démographie médicale. Nous avons besoin d'un langage clair sur les tarifs pratiqués par le corps médical : l'accès direct aux spécialistes vaudra une majoration de tarif, alors que déjà 35 % d'entre eux sont en secteur 2.

Nous avons besoin d'un projet qui, à côté des soins curatifs, fasse des propositions sur les soins palliatifs ou sur les soins préventifs. Nous avons besoin d'un système de santé performant, accessible à tous, qui maintienne un lien de solidarité entre tous les citoyens.

Dernier ouvrage reçu...

ORGANISATION ET GESTION DE L'ÉDUCATION NATIONALE

Jacky Simon/Gérard Lesage
Berger Levrault - 8^e édition
Collection « Les indispensables »
480 pages - 66 €



Devenue aujourd'hui un classique, la nouvelle édition de « Organisation et gestion de l'Éducation nationale », enrichie et actualisée, décrit l'ensemble du système éducatif actuel à travers ses structures, ses personnels, ses missions...

La première partie propose une présentation des services de l'Éducation nationale : administrations centrales et services déconcentrés. La seconde partie aborde l'exercice des responsabilités dans le système éducatif et traite des compétences liées aux différents niveaux de l'État et des collectivités locales et la troisième partie est consacrée au management et à la modernisation du système éducatif.

Des tableaux, schémas et repères bibliographiques viennent illustrer cette édition considérée comme un ouvrage de base fondamental pour les nouveaux acteurs de l'Éducation nationale - chefs d'établissement, personnel administratif, enseignants, parents d'élèves, -, pour les candidats aux concours de l'éducation nationale et, plus généralement, pour tous ceux qui souhaitent comprendre l'univers complexe de l'Éducation nationale.