

Pour l'accès de tous à des soins de qualité

Un système de santé de qualité, adapté aux besoins d'aujourd'hui, en particulier aux conséquences du vieillissement de la population et des maladies liées à l'environnement, aux conditions de vie, au stress, à la précarité, aux conditions de travail, etc.

Une véritable coordination des soins, assurée par le médecin généraliste et accompagnée d'une rémunération pour cette fonction.

Le maintien et l'amélioration d'un service public hospitalier accessible à tous et doté des moyens financiers et humains nécessaires.

Une responsabilisation des professionnels de santé et des patients par l'éducation et l'information, à l'opposé de la culpabilisation/pénalisation, prétexte à la destruction de la Sécurité sociale. Seule, en effet, l'appropriation de l'information par les assurés est efficace, comme l'a montré la campagne sur les antibiotiques : il ne s'agissait pas de refuser une prescription pour des raisons financières, mais de prescrire des médicaments à bon escient ; chacun l'a compris, et la place des antibiotiques a retrouvé tout son sens.

Un régime d'assurance-maladie universel, dans le cadre de la Sécurité sociale, couvrant la totalité des soins jugés utiles et nécessaires à la préservation et à l'amélioration de la santé de la population.

Une augmentation de la part des richesses consacrée à la protection sociale :

- un financement solidaire par la cotisation sociale, garanti par une augmentation de la masse salariale ;
- la suppression des exonérations de cotisations dites « patronales » ;
- une politique du plein emploi.

Qu'est-ce que la «réforme» de l'Assurance-maladie ?

1. Un pactole pour les assurances privées

L'Assurance-maladie représente une masse d'argent considérable*, que le secteur de la finance voudrait pouvoir capter pour en tirer du profit. Ainsi, sous la pression notamment des compagnies d'assurance privées, les pouvoirs publics organisent le désengagement de la Sécurité sociale : depuis une vingtaine d'années, de nombreuses «réformes» ont progressivement réduit la part des dépenses de santé qu'elle prend en charge.

Forfait hospitalier, «déremboursement» de médicaments – jugés peu efficaces, mais laissés en vente –, dépassements d'honoraires, blocage des tarifs de remboursement des frais d'optique et de prothèse dentaire : toutes ces mesures laissent une part croissante des dépenses de santé à la charge des assurés, à charge pour eux – s'ils le peuvent – de prendre une assurance complémentaire.

Aujourd'hui, pour accélérer ce transfert, on invoque le déficit de l'Assurance-maladie, délibérément organisé et dramatisé à outrance, ainsi que les «abus» dont se rendraient coupables les assurés sociaux – en passant sous silence les gaspillages résultant notamment du marché du médicament et de la santé.

Le forfait d'un euro par acte ? Sous prétexte de «responsabiliser» les assurés, c'est une nouvelle augmentation du ticket modérateur restant à leur charge. Destiné à être augmenté par simple décret, c'est une source

* En 2004, le budget de l'Assurance-maladie était de 130 milliards d'euros. A titre de comparaison, le budget de l'Etat se montait à 288 milliards.

d'économies pour la Sécurité sociale, et une source de profits pour les assurances privées, le jour où celles-ci seront autorisées à le rembourser.

La mise en place du «médecin traitant» ? Sous prétexte d'organiser le système de soins, c'est un moyen d'augmenter les honoraires médicaux sans augmenter les dépenses de la Sécurité sociale. En revanche, c'est un recul dans la coordination des soins.

2. Un recul dans la coordination des soins

Chacun doit pouvoir trouver une réponse adaptée à sa demande de soins. Dans un parcours de soins organisé, le médecin généraliste, consulté en première intention, répond à cette demande et, si nécessaire, oriente le patient vers une structure hospitalière ou un médecin spécialiste. Il l'aide ensuite à bénéficier de cet avis spécialisé. C'est ce qu'on appelle les «soins primaires» (identification, continuité, synthèse et coordination des soins).

Une convention médicale de 1998 avait commencé à mettre en place une telle organisation, à travers le «médecin référent» : le patient s'impliquait en signant un contrat avec son médecin – pour un an avec tacite reconduction – et le médecin s'impliquait dans la gestion du dossier, moyennant une indemnité forfaitaire.

Or la Convention médicale du 12 janvier 2005 supprime le «médecin référent» et le remplace par un «médecin traitant». C'est une régression dans la coordination des soins :

– le patient peut changer de médecin traitant à tout moment et n'est jamais obligé de passer par lui : il peut accéder directement à un spécialiste, moyennant un supplément de prix, non remboursé ;

– le patient qui respecte le «parcours de soins» n'en tire pas avantage pour autant ; il risque même d'être pénalisé dans les délais d'accès au spécialiste, que rien n'incite à favoriser le «parcours de soins» ;

– cette possibilité d'accès direct au spécialiste entretient un double gâchis : gâchis financier, gâchis de compétences du spécialiste, qui devra gérer les «soins primaires» et sera moins disponible pour sa mission initiale de gestion des «soins secondaires».

3. Une «médecine à deux vitesses»

Notre système d'assurance-maladie, créé en 1945, est fondé sur le principe de solidarité : chacun verse une cotisation proportionnelle à son revenu. En contrepartie, chacun doit être soigné de la même façon, quel que soit le montant des cotisations qu'il a versées.

Les assurances privées n'obéissent pas à la même logique : la prise en charge dépend du montant des cotisations versées, le montant des cotisations dépend du «risque» que présente l'assuré – risque de maladie pour lui, risque financier pour l'assureur.

Quant aux mutuelles, si elles ont été créées sur le même principe de solidarité que la Sécurité sociale, elles sont aujourd'hui placées en situation de concurrence avec les assurances privées, et sont de plus en plus amenées à s'aligner sur les pratiques commerciales de ces dernières.

Le transfert massif des dépenses de santé de la Sécurité sociale vers les organismes complémentaires se traduit par une augmentation rapide des cotisations de ces derniers, particulièrement sensible cette année. Il conduit irrémédiablement vers une médecine à deux vitesses : à ceux qui en auront les moyens, une couverture maladie de qualité, assurée par des compagnies privées, aux autres une couverture «bas de gamme» assurée par une Sécurité sociale réduite au minimum, éventuellement complétée par une CMU payée sur fonds publics.

On se rapprocherait ainsi des Etats-Unis, modèle des idéologues de l'économie libérale, où plus d'un quart de la population est privé de couverture sociale et où la moitié n'a pas accès à des soins convenables.

Membres du Collectif de défense de la Sécurité sociale solidaire : ATTAC-54

FO-CPN (Syndicat FO du Centre Psychothérapique de Nancy) FSU-54 (Fédération Syndicale Unitaire) LCR-54 Les Verts-Lorraine MG-France-Lorraine MG-FORM-Lorraine MJS-54 (Mouvement des Jeunes Socialistes) PCF-54 RAOUL-IMG (Rassemblement Autonome Unifié Lorrain des Internes en Médecine Générale) SMG (Syndicat de la Médecine Générale) Union départementale CGT-54 Union Syndicale Solidaire-54.

Contact : cd3s@laposte.net.