

D'autres choix pour sauver notre Sécu

L'avenir de l'assurance maladie ne relève pas des «experts», comptables, gestionnaires ou économistes, mais de tous les citoyens. Il relève d'un choix de société, le même que celui qui a présidé à sa création, à la Libération : permettre à chacun, quelle que soit sa situation, d'être assuré contre les risques de la vie par un système de financement solidaire.

► Le choix de la santé

La mise en place d'un système d'assurance maladie obligatoire et généralisé a contribué à faire reculer la mortalité dans toutes les catégories sociales. Mais elle n'a pas réduit les inégalités face à la maladie et à la mort. La société doit assurer à tous un haut niveau de santé.

Ce n'est pas qu'une question de soins. Il faut mettre en œuvre des politiques de santé publique fondées sur la prévention, traiter en amont les causes de la dégradation de la santé : pollution, dégradation de l'environnement, conditions de travail, risques professionnels, stress, précarité, mauvaise alimentation ou hygiène de vie, etc. La prévention est un thème récurrent de discours qui, faute de financement, sont rarement suivis d'effets. L'assurance maladie pourrait y jouer un rôle majeur, devenant ainsi une véritable «assurance santé».

C'est aussi une question de soins. Il faut redonner des moyens matériels et en personnel à l'hôpital public, asphyxié par les restrictions budgétaires – dont le plan «Hôpital 2007». De plus, pour éviter les gaspillages, et afin que la croissance des dépenses de santé amène de réels progrès dans la qualité des soins, il faut organiser l'ensemble du système de soins – en grande partie privé –, dans le sens d'une meilleure coordination autour du patient.

► Le choix de la solidarité

Contrairement aux assurances commerciales et à certaines mutuelles, notre système d'assurance maladie repose sur un principe de financement solidaire. Chaque assuré est pris en charge en fonction de ses besoins, et non des cotisations qu'il a versées. Sa contribution est liée à son revenu, et non au risque qu'il représente (âge, état de santé, charges de famille). Ce principe doit être non seulement préservé, mais étendu et généralisé. Cela justifierait à terme l'unification, dans un système universel, obligatoire et géré démocratiquement, de l'ensemble des régimes actuels d'assurance maladie, obligatoires et complémentaires.

D'autre part, tous les soins jugés «nécessaires et utiles», sur des critères de santé publique, doivent être pris en charge à 100 %, et les dépassements d'honoraire doivent être proscrits.

► Le choix de la Sécurité sociale

L'Assurance maladie souffre d'abord d'une stagnation de ses recettes. Le ralentissement de l'activité économique, le haut niveau du chômage, la compression des salaires sous l'effet du chômage et du recul des acquis sociaux freinent l'évolution de la masse salariale, dont la part dans le revenu national a diminué d'environ 10 points en 20 ans. L'effet mécanique de ce phénomène sur les recettes de l'Assurance maladie est aggravé par le développement des rémunérations non salariales (stock-options, intéressement, etc.) et les exonérations de cotisations accordées aux employeurs (en partie non compensées par l'Etat).

Notre société peut s'offrir un système de santé de qualité, accessible à tous : 10 % du PIB, c'est 150 milliards d'euros chaque année, dont 60 milliards de cotisations sociales. C'est plus qu'il n'en faut pour financer le déficit de l'assurance maladie... et les autres, avec une politique de plein-emploi, de hausse des salaires et des cotisations patronales.



Ils veulent tuer la Sécu...

«Envolée des dépenses de santé... Gaspillages... Trou de la Sécu... Déficit vertigineux de l'Assurance maladie... Prélèvements obligatoires insupportables...»

Tout ça, c'est de l'intox !

► La croissance des dépenses de santé n'est pas une catastrophe

Au contraire, elle résulte à la fois des progrès de la médecine, de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population, de l'allongement de l'espérance de vie. Ce ne sont pas des catastrophes, ce sont des progrès.

■ Les dépenses de santé augmentent plus vite que le Produit intérieur brut (PIB) ? Les dépenses de loisir et de tourisme aussi, et personne ne s'en inquiète : dans une société dont le niveau de vie moyen s'élève, comment s'étonner que la part de ces dépenses s'accroisse au détriment des dépenses de première nécessité, comme l'alimentation ou l'habillement ?

■ Les dépenses de santé approchent les 10 % du PIB ? Aux Etats-Unis, elles atteignent près de 14 %, et personne ne s'en offusque. Pourtant, qu'elles soient principalement financées ici par des cotisations sociales, là par des assurances privées ne change rien à cette réalité : elles représentent 10 % ici et 14 % là-bas.

► Les vrais gaspillages ne sont pas ceux que l'on montre du doigt

S'il y a des gaspillages, il faut les combattre, bien sûr. Mais... Qui veut noyer son chien prétend qu'il a la rage, dit-on. Et pour détruire un système qui fonctionne, rien de tel que d'en dénicher les «abus», réels ou supposés, quitte à les grossir démesurément jusqu'à ce que l'arbre malade cache la forêt saine.

Si l'on voulait réellement lutter contre les gaspillages, on pourrait, par exemple, contenir les prix des médicaments, gonflés par les pratiques commerciales des trusts pharmaceutiques (publicité, démarchage intensif, cadeaux, etc.), ou encore réprimer les abus de certains praticiens ou établissements privés aux objectifs plus commerciaux que médicaux.

Au lieu de cela, on se livre à une entreprise d'intoxication mentale visant à culpabiliser les assurés sociaux, accusés de mettre en péril la Sécurité sociale parce qu'ils se soignent trop, s'arrêtent de travailler quand ils sont malades. Pourtant, les rapports officiels le disent : 70 % des dépenses de santé proviennent des six derniers mois de la vie. Ce n'est quand même pas dans ces six mois-là que l'on trouve ces consommateurs boulimiques qui courent les cabinets médicaux et dévalisent les pharmacies !

► Le déficit de l'Assurance maladie n'est pas un «trou»...

Ce n'est pas de l'argent perdu, qui s'échapperait comme d'une poche percée ou d'une caisse trouée, ou qui «partirait en fumée» comme la mise hasardeuse d'un joueur de poker ou d'un dirigeant de Vivendi ou du Crédit Lyonnais. Ce sont des dépenses utiles à la société, des dépenses qu'il faut maîtriser, certes, mais auxquelles il manque surtout... un financement.

► ... Encore moins un gouffre

Le déficit de l'Assurance maladie s'élèverait à 11 milliards d'euros pour l'année 2003. Vertigineux... Abyssal... Les adjectifs ne manquent pas. Pourtant, tout est relatif...

■ Le déficit annoncé représenterait 8 % du budget de l'Assurance maladie. Or, celui de l'Etat se monte à 20 % et, pour respecter les «critères de Maastricht», pourtant fortement imprégnés du dogme libéral, il suffirait de le ramener à 15 % (3 % du PIB).

■ Le «trou» du Crédit Lyonnais – car celui-là, c'en est un – a coûté 18 milliards d'euros aux contribuables. Le groupe Vivendi a bénéficié de 8 milliards d'exonération d'impôts sur les plus-values lors du rachat d'Universal. Le montant cumulé, pour l'année 2004, des baisses de l'impôt sur le revenu décidées depuis deux ans est estimé à plus de 5 milliards.

■ Pour les six premiers mois de 2003, le groupe Total a fait 4 milliards d'euros de bénéfice après impôts, le laboratoire pharmaceutique Sanofi-Synthelabo 1 milliard. Ce dernier appartient au groupe L'Oréal, dont l'actionnaire principale possède une fortune de 13.5 milliards.

■ Les exonérations de cotisations sociales patronales s'élevaient à 19,5 milliards en 2003, dont 2,5 milliards non compensées par l'Etat.

► La fable des «prélèvements obligatoires»

A la Libération, il a été décidé, à l'initiative des mouvements issus de la Résistance, qu'une partie des salaires serait désormais versée dans une «caisse commune», la Sécurité sociale. Cette partie socialisée du salaire servirait à payer les salariés hors-emploi – retraités, malades ou invalides, chômeurs – ou à financer des dépenses dont il a été décidé qu'elles devaient être mutualisées – dépenses de santé ou charges de famille.

Beaucoup plus tard, la cotisation sociale est devenue... une «charge», le salaire direct aussi. Comme si les salariés, ayant cessé de produire des richesses, étaient devenus un fardeau pour l'entreprise ! Et comme si l'utilité de celle-ci n'était pas, justement, de produire ces richesses et de les distribuer sous forme de revenus – et pas seulement de profits.

Puis on a inventé la fable des «prélèvements obligatoires». Comme s'ils venaient amputer, amoindrir la richesse nationale. Pourtant, une fois collectée, la cotisation sociale est aussitôt redistribuée sous forme de revenu ou de prestation en nature. Comme revenu, elle alimente la consommation ou l'épargne au même titre que les salaires directs. Comme prestation en nature, elle participe à l'activité économique au même titre que les autres dépenses. Ainsi, la cotisation d'assurance maladie génère des millions d'emplois – professions médicales et para-médicales, industrie du médicament, investissements hospitaliers, etc.

La notion de «prélèvement obligatoire» est une pure fiction idéologique. Elle ne sert qu'à stigmatiser les dépenses collectives, présentées comme insupportables et parasitaires, qui deviendraient, comme par enchantement, acceptables et bénéfiques dès lors qu'elles seraient gérées par le capital financier et susceptibles de générer des profits.

Ce qu'ils veulent vraiment

Au-delà du discours de propagande, tout le monde sait que les dépenses de santé vont continuer à augmenter. Même ceux qui, pour justifier leur «réforme», poussent des cris d'orfraie sur ces «dérives», n'y voient, tout compte fait, que des avantages. Ce qu'ils veulent, en revanche, c'est que, d'une part cela ne coûte rien aux employeurs, d'autre part cela puisse générer du profit. Pour cela, il faut qu'une partie au moins des milliards de l'Assurance maladie transite par les institutions financières, banques ou compagnies d'assurance.

► Accroître la part du privé dans l'Assurance maladie

C'est ainsi que le dogme de la «nécessaire limitation des prélèvements obligatoires» est invoqué, pour justifier le transfert d'une part croissante des dépenses de santé aux mutuelles et aux compagnies d'assurance. Ce transfert peut s'opérer de plusieurs manières.

■ Au nom de la lutte contre les gaspillages et de la «responsabilisation» des usagers, l'augmentation du ticket modérateur ou du forfait hospitalier, le «déremboursement» total ou partiel de certains médicaments dont l'efficacité serait insuffisante – mais qui ne sont pas pour autant retirés de la vente ! –, l'instauration éventuelle d'un forfait non remboursé par médicament, tout cela n'a pour but – et en tout cas pour effet – que de «désocialiser» une partie de la dépense de santé en la confiant aux organismes d'assurance complémentaire.

■ Le rapport Chadelat préconise l'instauration d'une «Couverture médicale généralisée», assurée conjointement par la Sécurité sociale et les organismes d'assurance complémentaire, désormais «cogérants» du système. Ceux-ci définiraient en commun leurs parts respectives dans les prises en charge. Dans les faits, la Sécurité sociale, confrontée à la limitation de ses recettes, serait amenée à céder une part croissante de la couverture maladie à des mutuelles et assurances privées désireuses, elles, d'accroître leurs «parts de marché».

■ Certains préconisent enfin d'accorder aux médecins une liberté tarifaire totale, déconnectée des tarifs de l'assurance maladie. Cela éviterait d'avoir à réévaluer ces derniers, les dépassements étant pris en charge par les organismes complémentaires.

Aucune de ces mesures n'est susceptible de freiner l'augmentation des dépenses de santé. En revanche, face à la dégradation de notre couverture sociale obligatoire, il nous faudrait souscrire des assurances complémentaires toujours plus élevées. Une part croissante de la dépense de santé serait financée, non plus par des cotisations obligatoires versées par l'employeur, mais par des cotisations «facultatives» à la charge de l'assuré. Les dépenses de santé – toujours en hausse – seraient devenues «bonnes», car sources de profit.

► D'une assurance solidaire à un système inégalitaire

Comme celle des retraites, une telle «réforme» aurait de très graves conséquences. Déjà, mises en concurrence avec les assurances privées, les mutuelles sont obligées de s'aligner progressivement sur les pratiques de ces dernières : différenciation des tarifs selon le risque (âge de l'assuré, notamment), inégalité des prestations selon la cotisation. Ce système inégalitaire prendrait progressivement le pas sur notre système actuel, collectif et solidaire.

Et pour bien mesurer ce que cela signifie, regardons les Etats-Unis, modèle de nos «réformateurs» : un système très inégalitaire – 43 % de la population est mal assurée ou totalement privée de couverture maladie –, inefficace – l'espérance de vie est inférieure de deux ans à la nôtre – et très coûteux – 30 000 F par habitant en 2000, contre 17 500 F en France.