

La réforme de l'Assurance maladie : un choix de société

1 -Le rapport Chadelat

Le gouvernement a confié à Mr Chadelat ancien dirigeant d'AXA la mission de « redéfinir la place de la solidarité nationale » et de définir les champs de compétence entre assurance de base et assurance complémentaire.

Un système à trois étages :

L'AMO : L'Assurance Maladie Obligatoire rembourserait les soins à 100 % (probablement ce que Barrot appelle le gros risque, L'hospitalisation de longue durée, les soins dans le cadre d'une ALD (affection de longue durée). **Donc ce qui n'est pas rentable pour les assureurs privés.**

L'AMCB :L'Assurance Maladie Complémentaire de Base, facultative et confiée aux mutuelles, instituts de prévoyance et assurances privées

Ces deux étages formeraient la **CMG** Couverture Maladie Généralisée (ou AMG) dont les soins pris en charge seraient définis dans le cadre d'un panier de biens et services, ou panier de soins, sur le modèle de la CMU mise en place par la gauche.

Les prestations servies seraient définies par les pouvoirs publics (loi ou décret).

L'AMCS L'Assurance Maladie Complémentaire Supplémentaire également confiée aux mutuelles et assurances

Conséquences :

L'exclusion de certains soins pour une partie de la population.

Un énorme marché ouvert aux assureurs privés (supérieur au budget de l'Etat).

Le développement de la fiscalisation, par des aides de l'Etat pour bénéficier de l'AMCB.

Une part importante des prélèvements obligatoires, devenant « facultatif » et privé, la France ne dépasserait plus les 3 % de déficit imposé par l'Union Européenne

La CMU serait maintenue. Les personnes qui ont des revenus trop élevés pour en bénéficier mais n'ont pas les moyens de se payer la sur-complémentaire, seraient aidées par un crédit d'impôt (ou un impôt négatif) et une allocation sous la forme d'un chèque santé, délivré par la CAF, chèque qu'il faudrait présenter à l'assureur de son choix.

Pour être remboursé des soins « hors panier », ceux qui ont en les moyens devraient souscrire une AMCS assurance sur-complémentaire.

Les assureurs se sont déjà portés candidat pour rembourser l'optique et le dentaire dès le 1^{er} Euro.

Actuellement les « complémentaires » payent essentiellement les tickets modérateurs. Dans le nouveau modèle, il ne s'agirait plus d'un complément aux remboursements effectués par la Sécu mais d'une autre répartition des couvertures.

Les assureurs participeraient de la détermination des prestations servies par la Sécu, avec leur critère, c'est-à-dire **le maximum de rentabilité.**

2 - Le rapport Ruellan : (Ancienne directrice de la Sécu sous Juppé)

Le rapport étudie « une nouvelle gouvernance de l'Assurance Maladie ». Il rejette unanimement toute idée de régionalisation politique de la Sécu et de l'assurance maladie, car il redoute ainsi la mise en place de 26 politiques de santé différentes notamment en matière de prévention, mais se prononce pour que **les compétences de l'Assurance Maladie soient transférées au pouvoir politique, (donc étatisation) par le biais des Agences Régionales de Santé.**

Les **ARH** deviendraient des **ARS** « agences régionales de santé » prenant en charge la politique hospitalière mais aussi l'organisation des soins ambulatoires.

La Sécu serait sous la tutelle des **ARS**.

Cette reconfiguration de l'assurance devrait préparer l'institution à **s'assumer comme entreprise** dans un cadre concurrentiel.

3 - Le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie

Sa mission a été fixée par Raffarin le 13 octobre :

- Trancher la question de la gouvernance.
- Quel équilibre entre solidarité collective et responsabilité individuelle.
- Généraliser la complémentaire santé par une aide spécifique.
- Quels sont les soins que l'assurance maladie doit acheter ?

La composition du Haut Conseil :

Seulement 2 représentants des confédérations syndicales sur 53 membres.

Les mutuelles (18 millions d'adhérents) sont sur le

Ce rapport avait suscité de fortes réticences des administrateurs des caisses, mais la CNAMTS par simple circulaire met en place des Comités de Liaison régionaux, dont l'objectif est la reconfiguration du réseau. Des services communs à plusieurs organismes (par exemple des plates-formes téléphoniques et autres plates-formes de services régionales) se mettent en place en dehors de toute décision et contrôle des Conseils d'Administration.

Le président CFDT de la CNAM dans un courrier aux administrateurs affirme que les prérogatives et les champs de compétences des conseils d'administrations des organismes ne sont pas remis en cause. Mais les Conseils d'Administration sont de plus en plus des coquilles vides, les Comités de liaison, formés uniquement des Directeurs des Caisses n'ayant de compte à rendre à personne

même plan que les assureurs (3,5 millions d'assurés). 1 représentant.

Poids considérables du lobby des laboratoires pharmaceutiques :

Cette industrie est représentée

- Par la présence du rapporteur de la loi de finance de la Sécu.

- Le Medef

- La CGPME

- 1 des 3 députés.

- 1 des 3 représentants des usagers

- La CSMF le + réac des syndicats de médecin libéraux est sur représentée.

Daniel Bouton, PDG de la Société générale a formulé au nom du MEDEF treize "suggestions" :

- **Déremboursements.**
- **Prises en charge accrue par les mutuelles et les assurés sociaux des dépenses de santé.**
- **Droit à récupération de ces dernières sur les successions.**
- **Augmentation des prélèvements sur les retraités.**
- **Variation de la CSG en fonction de l'âge des patients.**
- **Fin de la gestion de la CNAM par les partenaires sociaux.**
- **Intégration de la loi de financement de la Sécurité Sociale au budget de l'état.**
- **Affirmation du principe concurrentiel et montée en puissance des assurances....**

Il n'est pas question de vouloir une "bonne réforme" pour de fait accompagner la réforme.

- Le financement de la Sécu reste majoritairement assis sur les salaires et subit les sautes de variables comme le taux d'emploi, la masse salariale. C'est ce qui explique le passage d'un excédent à un déficit et non les dépenses excessives.
- Il ne faut pas raisonner branche par branche (CNAM, CNAF, CNAV) mais globalement (la Sécu). La CGT avait combattu les ordonnances de 67 qui ont éclaté la Sécu.
- Il faut souligner les exonérations de cotisations (21 Milliards d' Euros), les dettes patronales (1,9 Milliard), les dettes de l'Etat (4,2 Milliards), le coût des non-déclarations des AT-MP (15 Milliards) etc.
- Ne pas anticiper sur le fait que la valeur ajoutée va croître plus vite que les salaires, donc que la part des salaires dans la valeur ajoutée va diminuer est extrêmement nocif pour la Sécu.

Si de telles mesures devaient être adoptées, les inégalités devant l'accès aux soins seraient considérablement accrues.

Notre système de protection sociale, basé depuis sa création sur des valeurs de solidarité, d'unicité, d'universalité et de démocratie serait fondamentalement remis en cause.

La santé est un droit fondamental individuel et collectif, c'est pourquoi la sécurité sociale doit disposer des ressources nécessaires au financement de ses missions.

✂.....

SOLIDAIRE, PAS SOLITAIRE JE REJOINS LA CGT	
(A renvoyer au local CGT de la TG ou remettre à un militant)	
Nom :	Prénom :
Poste ou service :	
Grade :	Echelon :
EMAIL :	Téléphone :
Signature :	