

Assemblée Populaire 13 janvier : La Sécurité Sociale

Point sur les attaques contre la Sécurité Sociale et par là contre les droits des assurés.

La sécurité elle est à nous on s'est battu pour la gagner on se battra pour la garder !!!

Ce slogan entendu pendant les grèves dures de 1995 et toujours d'actualité !

Quelle que soit la couleur politique des différents gouvernements sous la 5^{ème} république, tous ont contribué aux attaques contre la Sécurité Sociale.

Dès 1945, des ordonnances valident que la gestion de la Sécurité Sociale appartient aux représentants des salariés et de l'État, alors qu'un des points prévus par la CGT octroyait cette gestion aux seuls représentants des salariés.

Dès 1960 le gouvernement s'attribue la tutelle du budget de fonctionnement des organismes, jusqu'ici prérogatives des conseils d'administration de la Sécurité Sociale !

Une attaque importante en 1967 :

A l'origine la sécurité Sociale a été créée comme un seul et unique organisme gérant les risques :

- maladie,
- vieillesse et famille, avec un seul budget qui s'équilibre entre les risques.

En 1967 une ordonnance acte, d'une part l'autonomie des risques, plus de compensation entre eux, chacun devant s'équilibrer individuellement et d'autre part crée les caisses Nationales (Assurance maladie, allocations Familiales et Assurance Vieillesse) et permettant la participation de l'Etat à la gestion de la Sécurité Sociale.

De nombreuses autres attaques ont été commises durant les années suivantes : Dans les années 70 sous les différents ministères : Weil- Barrot

On assiste à des augmentations de cotisations, des réductions du taux de remboursement de certains médicaments dit « de confort » plus remboursés qu'à 40 % au lieu de 70 % !

- Baisse de taux de remboursement des actes d'auxiliaires médicaux, des transports,
- Instauration d'une cotisation à l'assurance maladie pour les retraités
- Initiation d'une politique de maîtrise de l'offre de soins : stabilisation voire réduction du nombre de lits d'hospitalisation (plan d'économie de 8 milliards)
- Mise en place du Numerus Clausus pour les étudiants de médecine

Autant de mesures qui ont une incidence directe sur les montants de cotisation des mutuelles et on voit que les difficultés actuelles dans les hôpitaux ont été initiés dès les années 70.

Dans les années 80 on retiendra la fameuse phrase de Georgina Dufoix :

« La santé n'a pas de prix mais elle a un coût »

Un coût que tous les ministres de la santé de ces années vont s'appliquer à réduire drastiquement.

- Instauration d'un budget global hospitalier qui se substitue au système de prix de journée.
- Mise en place de la dotation globale qui est une somme versée chaque année par les régimes d'Assurance maladie aux établissements hospitaliers. Cette dotation évolue en appliquant à la dépense de l'année précédente « un taux directeur d'évolution » fixé par une circulaire ministérielle !!!

- Nouvelles baisse de remboursement pour 1258 médicaments. Déremboursement des vitamines (sauf D et B12);
- Création du forfait hospitalier (prestations d'hôtellerie à l'hôpital) - Loi Ralite. Le taux est fixé à 20 F par jour soit 3€05 à partir du 1er avril 1983. **Actuellement il est de 20 € par jour...**
- Un abaissement du taux des indemnités journalières de maternité de 90 % à 84 % ;
- Baisse du taux de remboursement des soins infirmiers et des analyses biologiques ;
- Pour les assurés exonérés du ticket modérateur, (longue maladie) seuls les soins et traitements prescrits dans le cadre de la maladie exonérante seront pris en charge à 100% par l'Assurance maladie (obligeant les assurés gravement malades à cotiser à une mutuelle).

Majoration de la cotisation sur les pensions de retraite et sur les allocations de chômage : elle passe à 5,9 %

Pendant ce temps pour les employeurs :

- *Baisse du taux des cotisations patronales d'allocations familiales passant de 9 % à 7 % ;*
- *Baisse du taux des cotisations AT/MP passant de 3,35 à 2,59 %*

Les plans Séguin ont permis d'économiser 10 milliards de francs sur le dos des assurés.

Le gouvernement de Michel Rocard va faire aboutir une des premières réformes majeures du financement de la Sécurité sociale des années 1990 : la Contribution Sociale Généralisée (CSG), effet au 01/01/1991.

Elle fut instaurée non comme un nouveau moyen de financement de la Sécurité sociale, mais comme un outil de restructuration de celui-ci.

Elle substitue l'assujettissement, donc l'impôt, au prélèvement social sur la masse salariale.

Toujours dans les années 90

- Déremboursement des médicaments à base d'oligo-éléments et de magnésium. Aujourd'hui ces produits et vitamines se vendent à prix d'or aux rayons parapharmacie et dans les magasins généraux.

- Réduction des taux de remboursement :

- Médecins, sage femme et dentistes 70 % au lieu de 75
- Auxiliaires médicaux, analyses de laboratoires, frais de transport : 60 % au lieu de 65%

Réforme des retraites en 1993 (loi Balladur),

La durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein passe progressivement de 37,5 années à 40 années.

Fait majeur, **le salaire moyen de référence, base du calcul de la pension, est maintenant calculé sur les 25 meilleures années et non plus sur les 10 meilleures.**

La revalorisation de la pension se fera à partir de l'évolution des prix et non plus à partir de l'évolution générale des salaires.

1995 : Premières exonération de la part patronale des cotisations.

15 nov. 1995 : Le fameux plan Juppé de réforme de la protection sociale est présenté à l'Assemblée nationale. Une Loi d'habilitation autorise le gouvernement à réformer la protection sociale par voie d'ordonnances :

(La Constitution sera révisée et trois projets de loi ordinaires seront rédigés pour permettre au Parlement de fixer des objectifs annuels de dépenses de santé, pour créer un régime universel d'assurance maladie, pour réformer les prélèvements obligatoires et pour instituer de nouveaux mécanismes d'épargne retraite.)

Dès janvier 1996 le Conseil des ministres a adopté les deux premières ordonnances de réforme de la Sécurité Sociale :

- l'une d'elle instituant notamment la contribution destinée à rembourser la dette sociale (CRDS). Le remboursement de la dette sociale (RDS) est créé pour 13 ans. Ce nouveau prélèvement concerne la quasi totalité des revenus. Prélevé au taux de 0,5 %.
- La CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale) en est l'institution de financement.

Un mot sur ce prélèvement: Il est important de savoir qu'afin de couvrir cette « dette », la CADES mandate des banques comme BNP Paribas, CRCA, etc pour diriger cette opération. Cet emprunt est réalisé sur les marchés financiers qui se bousculent pour investir : des investisseurs en Asie, hors zone euro, en zone euro et en Amériques.

Ces investisseurs privés trouvent enfin, à leur compte, une porte d'entrée pour mettre la main sur la manne financière que représente le budget de la Sécurité Sociale.

Ce prélèvement (CRDS) qui devait donc prendre fin en 2009 a successivement été reporté avec chaque fois de nouveaux emprunts et devait prendre fin en 2024. Mais en 2020 le gouvernement a décidé de reporter la totalité de la dette issue de la crise covid soit 136 md€ à la CADES, (alors qu'il s'agit d'une dette de l'État), prolongeant ainsi l'horizon d'amortissement à 2033...

Donc pour être clair :

- exonérations de cotisations : vol de notre salaire différé au profit des patrons ! Compensées ou pas par l'État donc par nos impôts
- Exonérations d'où découle un prétendu déficit : création de la RDS pour rembourser ce déficit remboursé par nous mêmes au profit des marchés financiers.

Je ne suis pas forte en math mais : pour nous c'est du --- et pour les autres : employeurs / finance c'est du +++

La constitution sera donc révisée permettant au Parlement de voter chaque année une loi de financement de la Sécurité sociale : En 1996, l'ONDAM « Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie » est donc créé.

Cette loi de financement prévoit notamment en ce qui concerne les soins de ville :

- « *Des conventions pluriannuelles d'objectifs et de gestion (COG) seront donc conclues entre l'Etat et les organismes nationaux de Sécurité sociale. S'agissant de la branche maladie, un avenant fixera l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville en fonction de l'objectif national voté par le Parlement pour les dépenses de soins, d'arrêt de travail et des normes de prescriptions de médicaments et prévoyant des sanctions en cas de manquement aux objectifs* ».

C'est ainsi que tous les professionnels de santé seront 'surveillés' pour s'assurer qu'ils prescrivent bien en fonction des objectifs fixés (selon les normes budgétaires retenues).

Il y aura par ailleurs, une Ordonnance relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée qui repose sur la régionalisation du financement et de l'activité des établissements.

Sont donc créées les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) qui associent l'Etat et l'Assurance maladie et dont les directeurs seront nommés par décret.

- Les **ARH sont désormais tenues** de conclure des contrats avec les hôpitaux publics et privés déterminant les objectifs et les moyens de financement.

En découle une restructuration du tissu hospitalier : 2900 lits supprimés !

**Ainsi, entre 1997 et 2017, ce sont environ – 100 000 lits qui ont été supprimés !
+ 26 000 supplémentaires depuis l'arrivée de Macron !**

Concernant la démographie médicale : la régulation repose d'ores et déjà sur le principe de quotas d'internes par spécialité dont les répercussions actuelles se font sentir dans beaucoup de spécialités, dont notamment la gynécologie médicale pour ne parler que d'elle.

La révision de la constitution permet également la réforme du financement de la Sécurité sociale en transférant progressivement la cotisation salariale d'assurance maladie sur une CSG élargie.

Depuis le plan Juppé, ce sont des dizaines de décrets qui paraissent chaque année intervenant dans tous les champs de la Santé, cloisonnant et régulant celle-ci à travers la création de multiples organismes régulateurs en lieu et place de la gestion des caisses par les seuls conseils d'administration composés des salariés : Ex d'organismes : les ARH qui deviendront des ARS, la HAS qui procédera à l'évaluation de l'utilité médicale des produits et actes médicaux remboursables, etc.

Sans oublier une baisse drastique des financements des organismes entraînant une diminution importante des effectifs et des réorganisations avec des fermetures de centres de paiement, d'accueil, des mutualisations d'activités au plan régional voir national avec toutes les difficultés qui en découlent pour les salariés comme pour les assurés.

Année 2000 : Le Medef (ex. Cnfpf depuis 1998) lance le grand chantier de la refondation sociale et pose la question de l'avenir de la gestion paritaire des régimes sociaux...

2007 Denis Kessler, patron du syndicat employeur, écrit : « *Notre modèle est le produit du Conseil de la Résistance il est temps de le réformer. Simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 44 et 52, sans exception, il s'agit de sortir de 45 et défaire le programme du CNR* »

Au PLFSS (Plan Financement de la Sécurité Sociale) 2003 sont prévus :

- Le déremboursement de plusieurs médicaments à SMR insuffisant (Service Médical Rendu Insuffisant)
- Répartition des rôles respectifs de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires dans la prise en charge des dépenses de santé.
- Le durcissement dans l'attribution de l'Aide médicale d'Etat (AME) pour les étrangers en situation irrégulière est déjà envisagé,
- Passage des établissements tant publics que privés à la tarification à l'activité (T2A – loi Bachelot). Avec ce nouveau système d'allocations des ressources, chaque établissement de santé sera rémunéré en fonction de la nature et du volume de son activité.

Transferts de certaines compétences de l'État à l'assurance maladie, par ex :

- Le financement de l'interruption volontaire de grossesse (IVG)
- Le financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes transféré à partir de 2003.

Août 2003 une nouvelle loi portant réforme des retraites : allongement de la durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein, soit :

- 41 ans au lieu de 40 !
- *Instauration d'une participation forfaitaire à la charge des assurés pour chaque acte ou consultation réalisé par un médecin : cette participation est fixée à 1 € et ne peut pas être prise en charge par les régimes complémentaires santé (effet au 01/10/2005).*

Le parcours de soins est organisé autour du médecin traitant. Chaque assuré devra en désigner un, sous peine de

voir ses remboursements minorés. Le dépassement d'honoraires est applicable en l'absence de passage par le médecin traitant (effet au 01/01/2005).

Création de la Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) qui est un établissement public gérant la 5^{ème} branche.

Une partie de son financement vient de la contribution pour la solidarité autonomie (au taux de 0,3%) acquittée par les employeurs en contrepartie pour eux de l'allongement négocié d'une journée de la durée du travail des salariés (le fameux lundi de Pentecôte).

Une brèche fondamentale dans la caractérisation de la Sécurité Sociale. Car outre le fait que cette création d'une nouvelle branche opère une séparation radicale de la santé et de la perte d'autonomie ou du handicap alors que ceux-ci est indissociable d'une approche globale de la Santé, son financement provient intégralement de l'impôt (CSG, Taxe sur les retraites, jour de travail gratuit...) et non par les cotisations sociales et fait apparaître le concept d'enveloppe fermée ce qui confirme la logique d'étatisation de cette 5^{ème} branche.

Participation forfaitaire du patient de 18 € pour les actes médicaux réalisés à l'occasion d'une hospitalisation d'une valeur supérieure à 91 € !

Franchises médicales :

Forfaitaire, le montant de la franchise est fixé à 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte médical et à 2 euros par transport sanitaire. La franchise est due dans la limite d'un plafond annuel cumulé de 50 euros par personne.

Réforme des retraites 2010 l'âge légal de départ à la retraite à taux plein passera progressivement de 60 à 62 ans

- Expérimentation du financement de la télémédecine !
- Le gel des pensions vieillesse, la baisse de la prime de naissance au 2e enfant 923 €, la réduction de la durée du congé parental et une baisse du plafond de revenus pour les Exonérations de cotisations d'allocation de garde d'enfants à domicile. Baisse des allocations logement.
- Le forfait patient urgences dû lorsqu'un passage aux urgences ne serait pas suivi d'hospitalisation.

Parmi les attaques les plus récentes ;

Baisse du taux de remboursement des soins dentaires de 70 à 60 %

Et entre autres mesures destructrices des droits, la très décriée réforme des retraites de 2023 qui pour ceux qui ne le sauraient pas, oblige à travailler jusqu'à 64 ans et met fin aux régimes de retraites spéciaux !!!

Tout autre système va à l'encontre de la population.

Un seul exemple pour le comprendre : la baisse de remboursement des soins, des acte médicaux par la Sécurité Sociale amène une augmentation des cotisations des assurances complémentaires. Or, chacun peut constater que dans ce système des assurances complémentaires, on ne cotise plus en fonction de ses moyens, mais de son âge !!! Nous ne sommes plus dans un système de solidarité. Nous ne sommes plus du tout dans la logique lors de la création de la Sécurité Sociale de 1945 ou : « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins »

Ce sont les grandes lignes des attaques les plus importantes portées contre notre Sécurité Sociale sans qui, il n'y a plus d'égalité dans l'accès aux soins. Sachant que qui paye décide, il est très simple de comprendre pourquoi le financement basé sur les seules cotisations prélevées sur les salaires, cotisations qui sont notre salaire différé, peut permettre sa survie en tant qu'organisme indépendant des Etats, de la finance. Un budget n'appartenant qu'à ses seuls bénéficiaires dont chaque euro prélevé est reversé pour le seul usage dû ; selon les besoins de

chacun, remboursement des soins, paiement des indemnités journalières, des pensions de retraite, des aides familiales.

Un seul mot d'ordre :

**Retour à la Sécurité Sociale de 1945 !
Abrogation de toutes les contre réformes visant à sa destruction !**

Sources : (<https://www.irdes.fr/documentation/syntheses/plans-de-reforme-de-l-assurance-maladie-en-france.pdf>)