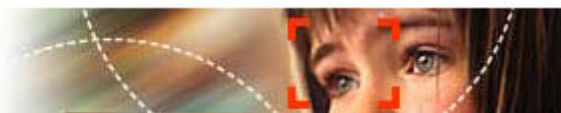


[Imprimer ce dossier](#)[fermer cette fenêtre](#)

Réforme de l'assurance-maladie

Avec l'augmentation de la part privatisée des dépenses de santé, les inégalités se renforcent

Aux motifs du déficit «abyssal» de l'assurance-maladie et d'une nécessité de «responsabiliser» les assurés sociaux pour faire la chasse aux gaspils, les nouvelles mesures mises en place telles que celles ayant trait au dossier médical personnalisé, au médecin traitant, au forfait de 1 euro, conduisent à pénaliser voire à sanctionner les patients les plus démunis, les plus malades et par voie de conséquence les retraités et personnes âgées. La nouvelle loi diminue la part de la couverture de base de l'assurance-maladie, ce qui fait que seuls les besoins de la population les plus aisés pourront être couverts.

S'agissant des relations entre l'assurance-maladie obligatoire de base et les organismes complémentaires, la réforme ouvre désormais la porte à la privatisation de l'assurance-maladie et à une cogestion de la santé par ces dernières, en autorisant les assurances privées, les institutions de prévoyance et les mutuelles à participer à la définition du périmètre de l'assurance-maladie.

Quant au financement, alors que la cotisation patronale maladie n'a pas augmenté depuis 20 ans et que les entreprises continuent de bénéficier d'exonération de charges patronales, force est de constater que le gouvernement a délibérément écarté la piste d'une hausse des cotisations patronales d'assurance-maladie. De même, on n'a nullement entendu que le gouvernement ait envisagé de prendre des mesures contre la précarité des emplois, le chômage, les délocalisations et l'absence de revalorisation des salaires, contre toutes ces situations qui creusent le déficit de la Sécurité sociale.

L'UCR condamne l'augmentation de la CSG qui pèse sur les salariés et tout particulièrement sur les retraités dont le pouvoir d'achat se trouve ainsi une nouvelle fois amputé et qui auront à supporter des nouveaux coûts de santé laissés à leur charge. Les retraités sont en effet déjà fortement pénalisés par les conséquences de l'indexation des retraites et pensions sur les prix et non plus sur les salaires. Faute de moyens, il est à craindre que désormais certains retraités aux revenus modestes soient contraints de renoncer à se soigner.

Cette réforme s'inscrit dans la continuité d'une politique de réduction des prélèvements obligatoires, de transferts des dépenses publiques au privé qui tourne le dos aux principes fondamentaux de la Sécurité sociale d'égalité d'accès aux soins et de solidarité, pour instituer «une médecine à deux vitesses».

L'UCR considère que c'est dans le sens d'une amélioration de l'accès aux soins pour tous et de la prévention, mesures absentes dans la loi, que devrait se faire une véritable évolution de la Sécurité sociale. Car il est une question dont il ne faut pas faire l'économie, c'est celle des écarts de niveaux de santé entre les catégories sociales. Si le niveau de santé s'est globalement amélioré, des écarts importants subsistent. Aujourd'hui encore, l'espérance de vie des cadres et des professions libérales de 35 ans est supérieure de 6,5 années à celle des ouvriers du même âge. Si l'on tient compte de l'espérance de vie sans incapacité, cette inégalité se creuse encore plus.

La nouvelle loi ne règle pas pour autant l'avenir de l'assurance maladie. Pour Force Ouvrière, ce dossier n'est pas clos et le combat pour la défense de la Sécurité sociale solidaire et égalitaire doit se poursuivre.

Les principaux axes de la réforme

La loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie, publiée au journal officiel le 17 août dernier, marque un tournant décisif dans la conception de la Sécurité sociale et plus particulièrement de l'assurance-maladie. C'est en effet une loi qui se base sur la restriction des soins remboursables, l'instauration d'un parcours médical assorti de sanctions et qui fait entrer la santé dans le secteur dit «marchand».

L'organisation des soins

Le dossier médical personnel

Un dossier médical personnel informatisé devra être institué au plus tard le 1er juillet 2007 pour chaque

Un dossier médical personnel informatisé devra être institué au plus tard le 1er juillet 2007, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, âgé de plus de 16 ans, qui en est le seul détenteur pour permettre l'accès fournissant aux différents professionnels de santé en ville ou à l'hôpital, les éléments indispensables au suivi de sa situation médicale.

Les médecins pourront y prendre connaissance de tous les éléments de santé, diagnostiques et thérapeutiques de l'intéressé. Chaque consultation d'un professionnel de santé se trouvera consignée dans le dossier du patient.

Le patient garde toute liberté de refuser de donner sa carte vitale au médecin, lui interdisant l'accès à son dossier. Toutefois le niveau de prise en charge par l'assurance-maladie sera conditionné à l'accès du professionnel de santé au dossier médical personnel.

Les informations inscrites sur la carte électronique d'assurance-maladie (carte Vitale) seront accessibles au médecin. L'apposition d'une photo d'identité prévue, nécessite des mesures réglementaires. Toutefois la faculté par les établissements de santé de demander à l'assuré d'attester de son identité, est prévue par la loi.

Le médecin traitant et le remboursement des actes médicaux

Le dispositif du médecin traitant sera mis en œuvre de façon progressive à partir de 2005. Le patient devra choisir librement son médecin traitant, en accord avec celui-ci et en informer la caisse d'assurance-maladie, pour bénéficier du ticket modérateur de droit commun.

Le médecin traitant a un rôle central dans l'orientation et le suivi du patient. Il peut être conventionné ou non, généraliste, spécialiste hospitalier ou salarié d'un centre de soins et coordonne le dossier médical personnel. Avec l'accord du patient, il adresse ce dernier vers le professionnel de santé qu'il considère le plus approprié. Le patient peut à tout moment, modifier son choix de médecin traitant en informant par écrit ce dernier ainsi que sa caisse d'assurance-maladie.

Le remboursement des actes médicaux

Le patient peut ne pas choisir de médecin traitant et reste également libre de consulter un médecin spécialiste de son choix, en dehors de l'orientation par son médecin traitant ou de ne pas respecter ses prescriptions d'orientation. Dans ce cas, le patient se verra alors appliquer une majoration du ticket modérateur restant à sa charge qui sera fixée par décret.

La réforme prévoit de permettre aux médecins de pratiquer des dépassements d'honoraires sur les tarifs des actes et des consultations, dans certaines limites fixées de façon conventionnelle, lorsqu'ils recevront un patient qui ne leur a pas été préalablement adressé par le médecin traitant. Ces dépassements resteront à la charge des patients y compris à la charge du bénéficiaire de la CMU complémentaire qui consulteraient directement un médecin spécialiste.

Par ailleurs, le niveau de prise en charge des actes et des prestations de soins par l'assurance-maladie pourra être conditionné à l'accès du professionnel de santé au dossier médical personnel, et les patients qui décideront de ne pas s'inscrire dans ce dispositif se verront appliquer une majoration de la part restant à leur charge.

Protocole de soins pour les patients en affection de longue durée

Désormais, les patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), un protocole de soins établi entre le médecin traitant et le médecin conseil de la caisse, devra être signé par les patients pour pouvoir bénéficier de l'exonération totale ou partielle du ticket modérateur. La non communication de ce protocole à d'autres intervenants de santé est susceptible de limiter le remboursement des dépenses de l'assuré.

La politique du médicament

Le générique

Dans le cadre de la maîtrise des dépenses pharmaceutiques, l'objectif consiste à promouvoir le développement du médicament générique en abaissant leur prix et en encourageant les pharmaciens à les distribuer en vue de dégager, à l'horizon 2007, plus d'un milliard d'euros d'économies annuelles en faveur de l'assurance-maladie.

La Haute autorité

La Haute autorité, autorité publique scientifique indépendante dotée de la personnalité morale aura pour charge d'évaluer ou réévaluer la pharmacopée et de fixer les modalités de remboursement ou de déremboursement par l'assurance maladie.

L'instauration d'une contribution forfaitaire

Une franchise non remboursable dont le montant a été fixé pour l'instant à 1 euro (et dont on peut craindre une régulière augmentation), est mise à la charge des assurés, pour les actes des médecins de ville, les consultations externes des établissements du service public hospitalier y compris les consultations externes d'urgence ainsi que les actes de biologie médicale. Cette contribution sera imputée sur le montant des remboursements. Tous les actes réalisés en hospitalisation ne seront pas concernés. La franchise est due par les assurés malades, par les accidentés du travail ou victimes de maladie professionnelle.

Elle s'applique également aux consultations aux urgences hospitalières non suivies d'une hospitalisation et aux consultations externes.

Sont exclus du dispositif de la contribution forfaitaire : les mineurs, les bénéficiaires de la CMU complémentaire, les assurés qui suivent un protocole de soins et les femmes prises en charge par l'assurance-maternité. Il en est de même pour les actes et consultations réalisés en cours d'hospitalisation.

La participation de l'assuré sera plafonnée à un «nombre maximum de participations forfaitaire» dont le montant sera fixé par décret.

La réforme prévoit que ce forfait ne soit pas pris en charge par les organismes complémentaires. Les contrats qui couvriront cette participation forfaitaire devront supporter la taxe conventionnelle d'assurance et ne pourront bénéficier de l'exonération de charges sociales sur les primes ou cotisations. Un cahier des charges entrera en vigueur à compter du 1er janvier 2006.

NB - *Il est important de relever que le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 12 août 2004, a relevé que ces dispositions ne doivent pas remettre en cause les exigences du préambule de la Constitution de 1946, aux termes duquel la nation «garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, travailleurs, la protection de la santé».*

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé

Une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé sera instituée pour environ 2 millions de personnes à revenus modestes qui n'ont pas souscrit de complémentaire santé et ne bénéficient pas de la CMU complémentaire (CMUC). Elle consiste en un crédit d'impôt ouvert au titre des personnes souscrivant un contrat d'assurance complémentaire de santé individuel.

Le barème prendra en compte du nombre et de l'âge des personnes au foyer et l'aide concernera les ménages dont les revenus sont inférieurs au plafond de la couverture maladie universelle complémentaire majorée de 15 %. Le montant annuel moyen de cette aide sera de 75 euros pour les moins de 25 ans ; 150 euros pour les 25-59 ans, 250 euros pour les plus de 60 ans par personne pour les revenus allant jusqu'à 15 % au dessus du plafond d'accès à la CMUC 5 566,50 euros, soit 651,47 euros pour une personne seule.

L'aide aura la forme d'un crédit d'impôt aux bénéfices des organismes de protection complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) et viendra en déduction de la contribution acquittée par ces organismes au titre du financement de la CMU complémentaire. En pratique, cela se traduira pour le bénéficiaire, par une réduction de sa cotisation ou de sa prime.

NB - *L'organisme complémentaire ne bénéficiera d'un crédit d'impôt que si le remboursement de la participation forfaitaire à la charge de l'assuré n'est pas prévu.*

Les mesures financières a compter du 1er janvier 2005

La hausse de la Cotisation sociale généralisée (CSG) pour les retraités

Le taux de la CSG sur les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraités des retraités imposables sera relevée de 0,4 point et passera de 6,2% à 6,6%.

La hausse de la CSG sur les revenus financiers du patrimoine et de placement

Le taux de la CSG sur les revenus financiers du patrimoine et de placement sera porté de 7,5% à 8,5%. La CSG sur les produits des jeux (PMU, Française des jeux, casinos...) sera augmentée de deux points pour être porté de 7,5% à 9,5%.

La hausse de la CSG sur les salaires

Pour les salariés, l'assiette de la Cotisation sociale généralisée sera élargie et passera de 95% à 97% du salaire brut. Le taux de la CSG applicable aux salariés et aux chômeurs demeure inchangé.

La contribution au remboursement de la dette sociale

La contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) qui a la même assiette que la CSG sera

calculée sur 97% du salaire. La durée de vie de la Cades, chargée d'apurer les déficits de l'assurance-maladie prévue jusqu'au 31 janvier 2014, sera prolongée jusqu'à la fin de sa mission.

La contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

A compter du 1er janvier 2005, les entreprises seront amenées à contribuer à la résorption du déficit de l'assurance-maladie par la création d'une contribution additionnelle de 0,03% à la Contribution de solidarité d'autonomie à la charge des sociétés dite C3S actuellement de 0,13% du chiffre d'affaires. Cette contribution additionnelle sera due pour les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxe est supérieur ou égal à 760.000 euro.

Un transfert de recettes entre l'Etat et la Sécurité sociale

À compter de 2005, l'Etat transférera à la Sécurité sociale un milliard d'euros de recettes fiscales correspondant à des droits perçus sur les tabacs.

[Imprimer ce dossier](#)

[fermer cette fenêtre](#)