

DOSSIER

La protection sociale

La santé à tout prix



© Julien Tromeur / Fotolia.fr



© Adrian Hillman / Fotolia.fr



© Clément Martin



© Peter Atkins / Fotolia.fr



© P. A. Dorange



© Bailleur / Fotolia.fr

Ont participé à la rédaction de ce dossier : Claudine Bezol, Bernard Boisseau, Georges Bouchart, Marylène Cahouet, Monique Daune, Rozenn Jarnouën, Hervé Moreau et Daniel Rallet

Malgré des disparités selon les pays, les dépenses de santé progressent partout dans le monde. Les progrès de la médecine permettent d'augmenter le bien-être, de faire reculer les maladies et d'allonger l'espérance de vie.

La France a longtemps été enviée pour son système de santé performant, sa couverture maladie universelle avec un taux élevé de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Mais la prévention demeure marginale, la médecine du travail est sinistrée (surtout dans la Fonction publique), les inégalités d'accès aux soins se creusent. Les hôpitaux publics doivent faire des économies drastiques, les déserts médicaux sont un problème majeur et le milieu social reste déterminant en matière de vie en bonne santé et d'espérance de vie. Hors hospitalisation et affections de longue durée, la Sécurité sociale ne rembourse plus aujourd'hui que 50 % des soins en moyenne. La régression des droits a entraîné un transfert des charges vers les ménages qui doivent se tourner vers le marché concurrentiel des complémentaires santé dans lequel les mutuelles peinent à maintenir les solidarités. Le projet de loi santé voté par les députés en avril comporte des avancées mais il manque d'ambition. L'enjeu est d'obtenir une politique volontariste de santé publique pour tous qui revienne sur les régressions imposées et garantisse une assurance maladie couvrant tous les besoins utiles, à définir démocratiquement. Cela suppose des modalités de financement qui permettent une distribution plus juste des richesses.

Évolution des dépenses de santé

De moins en moins remboursées

Les dépenses de santé représentent 12 % du PIB aujourd'hui dans notre pays.

Ce niveau n'a rien d'anormal, mais les évolutions récentes et la structure de leur financement peuvent inquiéter.

Ces dépenses ont augmenté plus rapidement que le PIB de 1950 à 1980. Jusqu'en 1975, ce dernier s'est accru en moyenne de 5 % par an (en volume) pendant que les dépenses de santé augmentaient de 9 à 10 %. Cela a permis d'améliorer la santé des personnes, d'allonger l'espérance de vie et de réduire les inégalités. Depuis, avec la création en 1995 de l'ONDAM (outil de régulation des dépenses remboursées), la hausse est beaucoup moins vive : elle est

passée sous la barre des 3 % en 2010 et est plafonnée à 2,05 % pour 2015.

Un renoncement inquiétant...

En effet, certains besoins vont fortement s'accroître et d'autres ne sont pas satisfaits. Ainsi, le vieillissement de la population entraîne une augmentation des dépenses liées aux ALD (affections longue durée), théoriquement couvertes à 100 %. Par ailleurs, le renoncement aux soins pour des raisons

financières reste élevé : il touche en moyenne 15 % des assurés, mais 30 % pour les personnes sans complémentaire (voire 41 % pour les soins dentaires).

... qui pénalise le patient

Au fil des désengagements successifs (déremboursements, franchises, forfaits...), la part financée par l'assurance maladie obligatoire a reculé, passant de 80 % il y a 30 ans à 75 % en 2013. Les mutuelles ont dû partiellement suppléer et le « reste à charge » des patients s'est accru. 75 % ne constitue qu'une moyenne, car les soins courants ne sont couverts qu'à 50 % et une personne enchaînant les pathologies sans entrer dans la catégorie des ALD peut avoir à payer personnellement plus de 900 € sur une année.

Enfin, les dépenses de santé, ce sont aussi des emplois et une qualité de soins : ces dernières années, le nombre d'infirmières pour 25 patients en hôpital est passé de quatre à deux.

Les débats sont souvent focalisés sur la progression des dépenses, mais c'est bien sur les moyens à mettre en œuvre pour maintenir et améliorer la santé que nous devons nous mobiliser. ■

Suite aux désengagements de la Sécu, le reste à charge des patients augmente



© Clément Martin

Accord national interprofessionnel (ANI)

Les effets secondaires

Consacrant l'ANI de 2013, la loi de « sécurisation » de l'emploi impose à chaque employeur privé de cofinancer une complémentaire santé obligatoire pour tous ses salariés. Ce sera un progrès pour quelque 400 000 personnes.

Mais cette mesure aura des effets redoutables pour les personnes non couvertes (étudiants, sans emploi, indépendants et fonctionnaires) qui restent sur la touche.

Véritable progrès ?

Par ailleurs, la couverture obligatoire porte sur un panier de soins minimal qui stimule une segmentation des « offres » et une guerre des prix. Les salariés du privé déjà titulaires d'un contrat individuel risquent, pour maintenir leur niveau de couverture, de devoir compléter le contrat collectif d'entreprise par un complément optionnel totalement à leur charge. Les institutions non lucratives (mutualité et prévoyance) ont déjà



commencé à modifier leurs offres, contraintes par la nouvelle logique de parts de marchés. Enfin, cette évolution s'inscrit dans une tendance plus longue de désengagement de la Sécurité sociale. ■

Chiffres 1945

Pendant la guerre, le Conseil national de la Résistance intègre à son programme « un plan complet de sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se le procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

247,7 Mds €

C'était le total, pour la France, des dépenses de santé (publiques et privées) en 2013. Soit 11,7 % du PIB. À titre de comparaison, ces dépenses représentent 17,1 % du PIB aux États-Unis, 11,3 % en Allemagne et 9,1 % au Royaume-Uni.

6,9 Mds €

C'est le déficit de l'assurance maladie prévu pour 2015. Un « trou » impressionnant qui doit être relativisé en le comparant aux exonérations de cotisations sociales « patronales » et à la fraude sociale.

Complémentaires santé

La santé, une marchandise ?

Considérant la santé comme une simple marchandise, les directives européennes visent à organiser un système d'assurance santé complémentaire extrêmement concurrentiel et fortement capitalisé.

Le code de la mutualité a transposé ces directives en 2001 en modifiant les règles comptables et financières applicables aux mutuelles. Soumises au régime prudentiel « Solvabilité 2 » qui s'applique à toutes les familles d'assurances, les mutuelles doivent constituer une « marge de solvabilité » (capital minimum pour garantir leurs engagements vis-à-vis de leurs assurés), quitte à souscrire à une réassurance auprès d'un organisme privé.

Vers une fragilisation

Fragilisées par la concurrence exacerbée des grands groupes privés, les mutuelles solidaires cherchent à se rapprocher entre elles, voire à fusionner pour ne pas disparaître. Elles sont déjà conduites à augmenter leurs cotisations et/ou à diversifier leur offre com-

plémentaire. Elles tentent en effet de capter l'adhésion des jeunes qui n'est plus automatique aujourd'hui en proposant, comme les assureurs privés, des tarifs qui varient selon l'âge des assurés sociaux et la gamme des prestations offertes, et en remboursant une partie des dépassements d'honoraires. Injustement taxées (à 7 %), les mutuelles solidaires de fonctionnaires bénéficient au mieux d'une aide dérisoire de l'État employeur (6 € par agent au ministère de l'Éducation nationale !) et risquent de perdre la gestion du régime obligatoire des fonctionnaires. Elles vont en outre être un peu plus « siphonnées » par les complémentaires santé collectives qui seront généralisées au 1^{er} janvier 2016 (suite à la transposition législative de l'ANI du 11 janvier 2013), car de nombreux fonctionnaires feront le choix



Les mutuelles solidaires opèrent de nouvelles stratégies

d'être couverts par la complémentaire d'entreprise largement subventionnée de leur conjoint-e. Le périmètre de mutualisation va donc se rétrécir et renchérir le coût de la cotisation complémentaire individuelle ou avoir des incidences sur le niveau des prestations servies. ■

MGEN

Changement de logique

Après avoir augmenté la cotisation des seuls retraités (3,56 % contre 2,97 % pour les actifs), baissé celle des actifs de moins de 30 ans (2,38 %) et mis en place une offre moins chère et moins complète (MGénération initiale), la MGEN a prévu une refonte complète de son offre à compter du 1^{er} janvier 2016.

Les cotisations ne seront plus proportionnelles au revenu mais calculées en fonction de l'offre choisie par l'adhérent (voir tableau ci-dessous), de sa catégorie (actif/retraité) et de sa tranche d'âge (huit pour les actifs, deux pour les retraités). Les cotisations enfants seront par ailleurs réévaluées pour

limiter l'écart entre la consommation et la cotisation.

La MGEN s'éloigne ainsi des principes fondateurs de solidarité (notamment générationnelle) qui justifiaient l'adhésion à une mutuelle plutôt qu'à une assurance complémentaire.

Lourde de conséquences, la décision prise par l'AG du 11/04/2015 aurait mérité *a minima* une information de tous les adhérents MGEN et un débat largement contradictoire autour de toutes les pistes d'évolution possibles, comme une augmentation uniforme des cotisations ou une modulation de leur taux selon les revenus plutôt que l'âge. ■

QUATRE OFFRES DE PRESTATIONS DIFFÉRENTES À COMPTER DU 1^{ER} JANVIER 2016

N° 1	Initiale	Couvre les besoins « essentiels » en matière de santé (frais médicaux courants).
N° 2	Équilibre	Offre intermédiaire entre une couverture classique et des soins particuliers avec prise en charge des dépassements d'honoraires, des médecines alternatives et forfait prévention.
N° 3	Référence	Correspond à l'offre globale actuelle avec un renforcement en dentaire et optique.
N° 4	Intégrale	Offre la plus complète et la plus chère.

79,3 et 85,5

L'espérance de vie était de 79,3 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes en 2014. C'est, en 20 ans, un gain de 5,6 ans pour les hommes et de 3,6 ans pour les femmes, l'écart entre les deux sexes ne cessant de se réduire.

+ 5 % par an

Les affections de longue durée (essentiellement maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète et affections psychiatriques) concernent aujourd'hui 8 millions de personnes, en progression constante de 5 % par an depuis dix ans. Les soins pratiqués à ce titre représentent près de 60 % du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

50 %

C'est le taux de remboursement des soins courants (hors hôpital et ALD) du fait des désengagements de l'assurance maladie obligatoire.

Mutualité : quelles valeurs fondatrices ?

Liberté, solidarité, démocratie et indépendance sont les quatre valeurs fondamentales du mouvement mutualiste qui a initié un système de solidarité, d'entraide et de polyvalence.

► **Liberté** : l'adhésion repose sur le choix de l'individu, prenant seul une décision, dénuée de toute contrainte.

► **Solidarité** : la mutualité recherche des solutions collectives aux problèmes que peut rencontrer un individu en matière de protection sociale. Les adhérents sont solidaires les uns des autres, entre les générations, sans distinction entre hommes et femmes, jeunes et moins jeunes.

► **Démocratie** : tout mutualiste peut participer à la vie de sa mutuelle, selon le principe « un homme, une voix », en élisant les administrateurs, en participant aux assemblées générales, en prenant une part militante au fonctionnement.

► **Indépendance** du pouvoir public, des partis politiques et des organisations syndicales.

L'offre de soins

Planification sanitaire pour rationaliser

Il y a dans ce domaine un État stratège avec une « direction générale de l'offre de soins » dont l'approche globale intègre aussi bien la médecine de ville (ambulatoire) que les établissements de santé publics et privés.

Mais ce sont les ARS (Agences régionales de la santé) créées par la loi HPST (Hôpital patients santé territoires) qui sont chargées de la mise en œuvre concrète. Elles élaborent un Schéma régional d'offre de soins (SROS) appliqué dans les territoires qu'elles définissent⁽¹⁾. Une Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie rend un avis sur le SROS et les mesures proposées après consultation de la Commission spécialisée d'offre de soins. C'est le volet « démocratie sanitaire » affiché par la loi HPST.

Plan régional de santé

Les orientations nationales sont déclinées localement dans un Plan régional de santé (PRS) qui décide, entre autres, de créer ou supprimer des activités de soins et d'équipements matériels lourds, de transformer et de regrou-

L'insistance sur « l'offre », au détriment de la demande et des besoins réels, est singulière

per les établissements de santé concernant le public ou le privé : des décisions qui deviennent concrètes pour les usagers. Pour faire face aux déserts médicaux, il existe un « zonage de l'offre de soins de premier recours ». Dans les « zones en difficulté » (établies à partir d'indicateurs chiffrés calés sur les bassins de vie de l'INSEE) auxquelles certaines ARS ajoutent des « zones fragiles », des aides financières sont accordées au maintien et/ou à l'installation de professionnels de santé. L'insistance sur « l'offre », au détriment de la demande et des besoins réels, est singulière. Il s'agit d'un outil de gestion qui permet de



réguler les dépenses de santé honorées par l'assurance-maladie. En verrouillant sites et structures et à travers les « conventions prévisionnelles d'objectifs et de moyens », les ARS assurent la « gouvernance » de la santé en encadrant les recours aux soins pour respecter l'ONDAM⁽²⁾.

L'expression des organisations syndicales au titre de la démocratie sanitaire est limitée⁽³⁾ mais il existe une représentation des usagers où nos mandats doivent pouvoir être portés et entendus. Il en va de la pérennité et de la qualité des soins pour tous dans notre pays. ■

(1) Il existe aussi des schémas interrégionaux.
 (2) Objectif national des dépenses d'assurance maladie.
 (3) La FSU, considérée comme non-représentative, en est exclue.

Les effets pervers de la T2A

Depuis 2005, les hôpitaux sont financés sur la base de la tarification à l'activité. Au niveau national est défini par acte un coût moyen mesuré sur la base d'un groupe homogène de malades. Chaque hôpital est rémunéré sur la base de ce tarif. Si la T2A est adaptée à des actes bien précis, notamment chirurgicaux, elle ne fonctionne pas pour la prise en charge des maladies chroniques, de patients qui ont plusieurs pathologies, des personnes âgées et des malades qui ont besoin d'un accompagnement interdisciplinaire et social. Elle diminue la durée des séjours (la T2A est forfaitaire quelle que soit la durée), encourage la chirurgie ambulatoire, conduit à sélectionner les malades les moins coûteux et à la spécialisation des cliniques privées dans les actes standardisés rentables.

Les déserts médicaux SOS médecins

Actuellement, la pénurie de médecins est devenue un problème majeur de santé publique.

Il y avait 215 000 médecins en France en 2014 contre 60 000 en 1968. Pourtant, les déserts médicaux existent. Le numerus clausus a certes été relevé mais la pénurie menace. Elle est surtout liée à un problème de répartition avec une polarisation des activités médicales sur les métropoles, dans les régions et les villes les plus riches, du fait de la liberté d'installation qui permet aux médecins d'exercer là où se concentrent les activités économiques. La désertification concerne les zones rurales, mais aussi les zones urbaines les plus pauvres et celles en périphérie des métropoles. Les incitations financières ont peu d'effet sur l'installation des jeunes médecins. Ceux qui sont prêts à s'installer dans des déserts médicaux à condition de pouvoir exercer en équipe (dans des maisons de santé)



Désertification en zones rurales, mais aussi dans les zones urbaines les plus pauvres

n'y vont pas toujours car ils n'y trouvent pas les spécialistes qui leur permettraient de travailler réellement en réseau. Les spécialistes, qui sont plus nombreux que les généralistes en France, s'installent en effet de préférence dans les grandes villes. Enfin les dépassements d'honoraires sont en cause. La pénurie de médecins en secteur 1 sur Paris fait ainsi de la capitale... un désert médical pour les patients ordinaires. ■

Loi santé

Le compte n'y est pas

Le projet de loi de modernisation de la santé adopté par l'Assemblée nationale ne règle pas les inégalités de santé.

Une loi fourre-tout avec aussi bien les fontaines à soda, les mannequins anorexiques, les centres de santé, les cabines de bronzage que l'amélioration de la contraception, la généralisation du tiers payant à l'horizon 2017 et le droit à l'oubli pour les anciens malades du cancer, par exemple.

Les quelques avancées ne règlent pas la persistance des inégalités de santé. Ainsi, en dépit des déclarations, la loi ne répond pas à une vraie politique de prévention. Les moyens accordés à la médecine scolaire sont insuffisants. Les forfaits, les franchises augmentant le reste à charge, demeurent. Le gouvernement a réécrit des articles pour répondre à la grogne des professionnels et aux inquiétudes des élus locaux, notamment en supprimant la notion de « service territorial de santé au public » au profit de « communauté professionnelle territoriale de santé » et « d'équipes de soins primaires » pour assurer que l'organisation des parcours de santé sera à l'initiative des professionnels. La loi parle de diagnostic partagé sans spécifier l'échelon territorial et ne répond pas aux exigences d'une vraie démocratie sanitaire. Les dispositifs établis dans le respect de la liberté d'installation des

Une loi qui ne répond pas aux exigences d'une vraie démocratie sanitaire

médecins ne lutteront pas contre les « déserts médicaux ».

La loi reste dans la logique de la loi « HPST ». Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), censés restructurer les territoires avec l'objectif d'une offre et d'un accès aux soins de qualité cohérents sur le territoire, ont surtout pour finalité la réduction des coûts de santé. Le texte réaffirme les obligations spécifiques du service public et laisse à un groupe de travail le soin de fixer l'obligation de missions pour le privé.

Autres problèmes : la remise en cause de la confidentialité des données et la possibilité de légiférer pour certains articles par ordonnance.

Un projet qui manque de vraies propositions de service public de santé et ce alors que les hôpitaux publics devront faire 3 Mds d'économie d'ici 2017. ■



La politique du médicament

La question essentielle est le pouvoir du lobby de l'industrie pharmaceutique qui oriente la recherche en fonction de ses intérêts économiques (les marchés les plus porteurs), qui évalue lui-même l'efficacité des médicaments qu'il produit et qui présente ces résultats à des agences de contrôle qui n'ont pas les moyens de les vérifier. Les commissions qui délivrent les autorisations de mise sur le marché et qui fixent les prix fonctionnent dans l'opacité avec la présence d'experts liés aux labos et de hauts fonctionnaires qui font le va-et-vient entre l'administration et le privé. Les labos ont une politique active de marketing en direction des médecins (visiteurs médicaux et utilisation de leaders d'opinion), dont ils financent la formation continue.

riser la place des personnes âgées dans la société et améliorer leur situation. Et que dire des personnels peu formés, précaires, aux conditions de travail particulièrement difficiles ?

Le 9 décembre 2014, Laurence Rossignol a mis en place un groupe de travail sur la réforme de la tarification des EHPAD qui devrait rendre ses conclusions fin juin. Les associations directement concernées sont déçues par les premières mesures proposées. Les organisations syndicales sont tenues à l'écart du processus. ■

EHPAD

Les oubliés de la loi

Les Établissements hospitaliers pour les personnes âgées dépendantes sont exclus de la loi d'adaptation au vieillissement. Pourtant le reste à charge est lourd pour les

résidents et/ou leur famille : il serait, après déduction des aides publiques, de 1 850 € mensuels (minimum de 1 300 € et maximum de 3 700 €). L'enquête menée par la direction générale de la cohésion sociale explique que le parc public, le moins cher et majoritaire, est « inégalement entretenu » et « devrait être sérieusement modernisé ». Ce problème douloureux est un scandale face aux déclarations gouvernementales qui entendent valo-

Les personnes âgées doivent pouvoir vieillir dans des lieux adaptés





« Il est anormal que nous ayons des inégalités sociales devant la maladie et la mort et dans l'accès aux soins »

Frédéric Pierru, chercheur en sciences sociales et politiques CNRS-CERAPS (UMR 8026) – Lille 2 et membre du comité de direction de la Chaire Santé de Sciences Po Paris.

L'US Mag : La France consacre une part de plus en plus importante de son PIB aux dépenses de santé. Faut-il s'en réjouir ou s'en inquiéter ?

Comme tous les pays développés, la France consacre « spontanément » une part croissante de la richesse produite aux soins. Son budget se « déforme » donc « spontanément » en faveur des dépenses de santé. Des politiques d'austérité drastiques peuvent mettre en cause cette tendance spontanée, comme en Grèce depuis 2010 avec des conséquences dramatiques. En France, les dépenses d'assurance maladie continuent de croître mais à un rythme moins rapide. Leur rythme de progression est maîtrisé, inférieur à 2 % par an (contre 4 % si les pouvoirs publics ne faisaient rien). Mais la question de savoir si on a en a pour son argent fait débat. Certains arguent des indicateurs de santé publique pour montrer que l'efficacité des dépenses n'est pas évidente. D'autres comme l'économiste Brigitte Dormont montrent que l'augmentation des dépenses est bienfaitrice (même si l'efficacité peut en être améliorée) et surtout socialement souhaitée, la santé étant considérée comme un bien supérieur. Pour ma part, je dirais qu'au regard des 215 Mds d'euros consacrés, il est anormal que nous ayons des inégalités sociales devant la maladie et la mort et dans l'accès aux soins. Par ailleurs, tout notre système s'est construit autour de l'équation santé = médecine et la profession médicale s'est arrogée le monopole du discours sur la santé. Or, 70 % des déterminants de la santé sont non médicaux. Il faudrait donc davantage consacrer les euros publics à l'amélioration du logement ou des conditions de travail plutôt qu'à l'achat d'un robot chirurgical dernier cri.

L'US Mag : Quel regard portez-vous sur l'organisation actuelle des soins en France ?

Pour certains, on serait passé du meilleur système de santé au monde à un système en crise... Ce n'est pas sérieux. Notre système permet dans une certaine mesure à toutes et tous d'accéder à une médecine de pointe, notamment hospitalière, sans discrimination, ce que le monde nous envie (de nombreux malades étrangers viennent se faire soigner dans les CHU français). Mais il a au moins deux faiblesses. La première tient à la

défense d'arrière-garde d'une médecine libérale définie au début du XX^e siècle. La libre installation, le paiement à l'acte, l'exercice isolé sur le mode artisanal... ne sont plus adaptés au défi des maladies chroniques et de l'accès de tous à des soins de qualité. La seconde tient à la marginalité de la santé publique, en particulier de la prévention primaire qui entend agir sur les milieux de vie pour empêcher les pathologies d'apparaître et que l'on confond, en France, avec les politiques de dépistage médicalisé (prévention secondaire). Cela dit, il faut faire de la prévention non pour faire des économies mais pour réduire les injustices.

L'US Mag : Le recours aux complémentaires santé est de plus en plus nécessaire aujourd'hui. Ce mouvement est-il irréversible ?

Les assurances maladie complémentaires, qui cofinancent les soins de base, sont une particularité française. Dans beaucoup de pays le « panier de soins » est souvent pris en charge à 100 % par les budgets publics. C'est un mode de financement inégalitaire (les primes des complémentaires ne sont pas proportionnelles aux revenus), inefficace (en sus des frais de marketing, les systèmes de gestion sont doublés et les complémentaires ont tendance à alimenter l'inflation des dépassements d'honoraires ou des prix des opticiens) et socialement contre-productif. Bref c'est une voie funeste que les gouvernements ont empruntée pour réduire la dépense publique et privilégier la dépense privée, une idée qui n'a aucun fondement économique et sanitaire. Cette politique de santé à courte vue peut devenir irréversible car une fois bien installés dans un secteur donné, les acteurs privés sont très difficiles à déloger.

Regardez par exemple les forces qu'a affrontées Obama dans sa réforme du système de santé américain. La Sécurité n'a plus d'intérêts organisés pour la défendre. Les syndicats de salariés ont été expulsés de sa gestion et tentent de reconstruire une Sécurité bis via les institutions de prévoyance. Premier mouvement social de France, la Mutualité est tentée par le jeu de la concurrence avec les assureurs et les institutions de prévoyance, aux dépens de la Sécurité sociale. Nous sommes à un point de bascule des fondamentaux définis en 1945. ■



Ce que le SNES-FSU défend

Désengagement de l'assurance maladie obligatoire, logique concurrentielle et financière des complémentaires, domination de l'industrie pharmaceutique, charge du patient en progression et renoncements aux soins, inégalités sociales et territoriales persistantes, prévention insuffisante, besoins croissants notamment en matière de dépendance, déserts médicaux..., une réforme d'ensemble du système de santé s'impose tant sur le plan du financement que sur celui de l'organisation des soins.

Les déficits ne sont pas dus à des dépenses sociales trop lourdes mais à l'insuffisance des recettes. Le SNES-FSU réaffirme son attachement à la logique solidaire de la Sécurité sociale qui prévalait en 1945 (« *Chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins* »). À l'opposé de la fiscalisation croissante de la Sécurité sociale, il estime que les richesses créées par le travail doivent rester le mode de financement prépondérant et que les revenus financiers doivent être davantage mis à contribution.

Revenir sur les régressions

Une politique économique et sociale en faveur de l'emploi et des salaires, des financements solidaires fondés sur un autre partage des richesses doivent permettre de revenir sur les régressions (déremboursements, franchises, forfait hospitalier), de couvrir tous les besoins (pour aller vers un remboursement à 100 %) et de développer la prévention à tous les âges de la vie. Dans l'immédiat, les employeurs publics doivent participer à la couverture santé complémentaire de leurs agents.

La solidarité intergénérationnelle doit être préservée. Le SNES-FSU demande notamment la création d'un droit universel à la



© Adrian Hillman / Fotolia.fr

compensation de la perte d'autonomie, y compris pour les moins de 60 ans, dans le cadre de services publics à créer ou renforcer. Parallèlement à l'accroissement des ressources, il est indispensable d'agir sur l'organisation du système, et pour cela, il faut notamment :

Revenir à la logique initiale de solidarité de la Sécurité sociale

- repenser le rôle et la rémunération du généraliste ;
 - encadrer les dépassements d'honoraires pour aboutir à leur interdiction ;
 - lutter contre les déserts médicaux urbains comme ruraux ;
 - attribuer à l'hôpital public des dotations adaptées aux besoins (en revenant vraiment sur la loi HPST et en abrogeant la T2A) ;
 - supprimer les possibilités de consultations et de soins privés au sein de l'hôpital public ;
 - promouvoir une politique du médicament indépendante des lobbies pharmaceutiques.
- Il faut par ailleurs que la recherche et la prévention soient financées à la hauteur des besoins car ce sont des facteurs de bonne santé, de longévité et d'autonomie. ■

En Europe

Des systèmes de santé différents

Mais une privatisation croissante dans tous les pays.

Les systèmes de santé européens se répartissent en deux grandes catégories : ils sont financés soit par l'impôt (pays nordiques, Espagne, Portugal...), soit par les reve-

nus du travail (Allemagne, Belgique...), mais les Allemands ont aussi la possibilité d'être affiliés à des assureurs privés. Le système français est hybride, avec une fiscalisation croissante à travers notamment la CSG et diverses taxes affectées.

Les modèles d'organisation sont aussi parfois très différents du nôtre. Ainsi, en Allemagne, les assurés publics choisissent leur médecin généraliste et les consultations sont gratuites. Les Länder rémunèrent les médecins et définissent des quotas par zones pour lutter contre les déserts médicaux. Pour réduire les

dépenses, des prestations ne sont plus remboursées depuis 2003.

En Espagne, les médecins sont salariés et travaillent dans des centres de santé publics qui regroupent des équipes multidisciplinaires. Les patients ne font pas l'avance de frais ; ils peuvent choisir leur médecin traitant. Celui-ci les oriente vers des spécialistes qui n'exercent qu'à l'hôpital.

Tous les pays d'Europe sont confrontés au coût croissant des soins, au vieillissement de la population, aux délais pour consulter un spécialiste et pour les opérations non urgentes, comme à la privatisation croissante de leur système de santé. Chaque système national a ses propres spécificités qui ne sont pas forcément transposables. Mais le paiement à l'acte des médecins libéraux en France n'existe pas forcément au-delà de nos frontières. ■

Un financement soit par l'impôt, soit par les revenus du travail



© DR