



Délégation Nationale aux études et argumentaires

Argumentaire

26 juin 2006

Premier bilan de la Réforme Douste-Blazy sur la Sécurité Sociale

Dans la torpeur de l'été, le 13 août 2004, comme cela est d'usage pour la promulgation des lois importantes, le ministre Douste-Blazy a fait voter une réforme de la Sécurité Sociale, portant sur l'organisation et la maîtrise des soins et plus généralement sur l'Assurance Maladie, sa régulation et son financement.

I - Exposé des faits

Cette nouvelle loi sur la Sécurité Sociale abordait tous les aspects de la protection concernant les usagers, les professionnels et les gestionnaires de la santé.

1 – les dispositions relatives à l'organisation de la médecine de ville et à la maîtrise des dépenses de santé :

✓ pour assurer la coordination des soins, ont été créés **le dossier médical personnalisé, le médecin traitant** : ces mesures, associées à **un surcoût de 1 euro par consultation**, devaient entraîner une économie de 500 millions d'euros. Cela a été effectif en 2005.

✓ **la qualité des soins** est contrôlée par une évaluation obligatoire des praticiens et de leurs équipes (Agence Nationale d'Evaluation des Soins). Pour le moment, rien n'est imposé.

✓ l'institution d'**une carte de Sécurité Sociale avec une photographie** et surtout **la chasse aux abus** concernant les arrêts de travail et les prescriptions prévoyaient un total d'économie de 1,3 milliards d'euros. Rien n'a été fait. Aucune économie.

✓ **les mesures sur les médicaments**, instituant de nouvelles pratiques commerciales et une modification des importations médicamenteuses devaient engendrer 700 millions d'euros d'économie. Aucun chiffrage à ce jour.

✓ Parallèlement, 150 millions d'euros d'**économie** devaient être réalisés sur **les achats à l'Hôpital** et un apport de 100 millions d'euros était prévu **par l'augmentation de 1 euro du forfait hospitalier**. Aucun retour sur le premier point. Le deuxième point a été mis en place.

2 - Les dispositions relatives à l'organisation administrative de l'Assurance Maladie avec les mesures suivantes prévues par la loi :

- ✓ la création d'une **Haute Autorité de la Santé** tout puissante.
- ✓ la définition d'objectifs de dépenses et de recettes à venir avec **la création d'un comité d'alerte, la création du comité économique des produits de santé et d'un conseil de l'hospitalisation.**

- ✓ le **dispositif conventionnel** a donné lieu à une **loi complémentaire le 12 février 2005** liant les professionnels de santé aux assureurs, aux 3 caisses du régime général, du régime des indépendants et de la Sécurité sociale.

- ✓ l'organisation de l'Assurance Maladie avec redéfinition du rôle de la caisse nationale de l'assurance maladie, **création de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), de l'union nationale des assurances maladies complémentaires, de l'union nationale des professionnels de santé et la création enfin d'un Institut des Données de Santé et d'une Ecole Nationale Supérieure de la Sécurité Sociale.**

- ✓ l'**organisation régionale** par l'apparition de l'**union régionale des caisses d'allocations familiales**, la création d'une **mission régionale** regroupant l'union régionale des caisses d'assurance maladie et l'agence régionale de l'hospitalisation concernant la permanence des soins, les réseaux, la télémédecine et **la répartition géographique des libéraux**. Création enfin d'une **Conférence régionale de la santé**. Enfin l'**Agence Régionale de la Santé** est créée qui aura comme prérogative celle de l'agence régionale de l'hospitalisation et des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

3 – les dispositions relatives au financement de l'Assurance Maladie :
Elles permettent d'augmenter les recettes par augmentation des cotisations et des prélèvements :

- ✓ les contributions sociales des particuliers : **la CSG sur la retraite** a été augmentée de 0,4 point avec une recette supplémentaire attendue de 560 millions d'euros par an.

- ✓ les **contributions sociales des entreprises** ont vu leur assiette de prélèvements passer de 95 à 97% de la base du salaire.

- ✓ l'**impôt sur les sociétés** a été augmenté pour un total de recettes complémentaire de 1700 millions d'euros en 2005.

- ✓ la **cotisation des entreprises du médicament** a été augmenté de +0,6%.

- ✓ un **prélèvement sur l'industrie des jeux** a généré 50 millions d'euros.

II- Analyse des faits

1 – Cette réforme ne règle aucunement les problèmes structurels de la Sécurité Sociale et intensifie sa gestion bureaucratique et collectiviste.

Dans le droit fil des Ordonnances et textes technocratiques depuis 1945, et en particulier les Ordonnances Juppé de 1996, elle est avant tout une étape de plus dans la politique des petits pas, dont **le but inavoué est de structurer un système social collectivisé remis à terme aux mains des multinationales, instruments du mondialisme.**

- ✓ **concernant la maîtrise financière dite médicalisée, elle ne peut se faire sans une main-mise sur les professionnels de santé** : pêle-mêle et apparemment sans rapport, parcours obligé par le médecin traitant, chantage aux honoraires, contrôle des connaissances et des pratiques, mode de rémunération inégalitaire, limitation des prescriptions, bureaucratie excessive...

- ✓ **concernant les patients -dont pour la première fois, la liberté de consulter est tou-**

chée- seul un petit nombre sera responsabilisé, à savoir des gens qui cotiseront encore plus et qui toucheront encore moins, aussi bien sur leur régime de base que sur les complémentaires. Tous les autres, dont certains sont réellement démunis, mais dont beaucoup sont totalement assistés, seront exemptés de paiement directs et de cotisations. Actuellement, CMU et AME (et demain l'AFE) sont distribuées à plus de 8 millions de personnes en France... Instituée par le gouvernement Jospin en 2000, l'**Aide Médicale d'Etat (AME) est devenue en six ans une arme redoutable pour les migrants déboutés du droit d'asile**. Réservée aux étrangers en situation régulière ou irrégulière, elle offre la gratuité des soins (par conséquent payés par le contribuable français) et ouvre la voie par extension à la délivrance par les préfetures de titres de séjour. D'un petit millier en 2000, les titres de séjour octroyés pour raisons médicales ont été multipliés par 16 en quatre ans, dépassant aujourd'hui la barre des 17 000 ! Et dans plus de 99% des cas, une décision positive d'un médecin inspecteur entraîne la délivrance du fameux sésame. Pour les comptes de l'Assurance Maladie déjà dans le rouge vif, **cette nouvelle forme d'immigration assistée a un coût prohibitif**. Le budget consacré par les hôpitaux publics à l'AME est passé de 50 à 500 millions d'euros entre 1999 et 2004. En 2003, un rapport parlementaire soulevait la gabegie de ce gadget socialiste, relevant des coûts annuels moyens de 8 000 euros par étranger soigné dans la région parisienne. En 2004, plus de 200 000 étrangers étaient déjà bénéficiaires de l'AME.

✓ **concernant l'industrie pharmaceutique**, l'accélération par décret de la distribution des génériques est le moyen quasi guerrier destiné à faire disparaître les remarquables petits laboratoires innovants pour faire place aux géants mondiaux, non du médicament, mais de la chimie triomphante.

✓ **concernant le financement**, la dette est reportée sur les générations à venir : CSG et RDS étant prorogés sine die, le prélèvement porte toujours sur les outils du travail selon le mythe du plein emploi. Depuis 50 ans que ce système a été créé, pour autant que l'on puisse en apprécier les chiffres, il a donné naissance à une dette chronique qui représente actuellement une large part de la dette de la France.

✓ **concernant la gestion et l'organisation interne** de la Sécurité sociale, la multiplication d'organismes et de commissions achèvera de bloquer la machine, ajoutant des coûts et des zones d'opacité supplémentaires, et cela, en l'**absence d'organisme centralisateur efficace** : véritable point noir de la Sécurité Sociale.

2 – Au total, toutes les économies prévues par la Loi ont diminué d'à peine un tiers le déficit 2004 de l'Assurance Maladie

On se reportera au tableau suivant (Données Sécurité Sociale, citées dans le Figaro du 9 juin 2006)

Sécurité Sociale - Régime Général				
en milliards d'€	Déficit 2004	Déficit 2005	Déficit 2006 (prévu)	Dépenses 2006 (prévues)
Maladie	- 11,6	- 8	- 6,3	151,3
Accidents du travail	- 0,2	- 0,4	- 0,2	10,2
Vieillesse	+ 0,3	- 1,9	- 2,2	84,8
Famille	- 0,4	- 1,3	- 1,5	54
Total	- 11,9	- 11,6	- 10,2	300,3

On constate donc que **les mesures mises en place par la Loi Douste-Blazy ont seulement pu diminuer le déficit Maladie de 3,6 milliards en 2005 mais qu'elles n'ont aucun effet récurrent**. Ainsi en 2006, il est pratiquement certain que le déficit, aujourd'hui prévu à - 6,3 milliards, se rapprochera en fait de - 7 ou même de - 8 milliards..., c'est à dire le déficit 2005 !

D'autre part, les branches Famille et surtout Vieillesse ne cessent de se dégrader et se mettent à plomber également le déficit de la Sécurité Sociale.

Concernant les conséquences de la Loi du 13 août 2004, il faut attendre des effets pervers sur le plan financier : l'obligation faite au patient de passer par son généraliste avant de consulter un spécialiste entraînera inmanquablement une inflation des consultations et donc une augmentation des dépenses de la Sécurité Sociale.

III- Notre position : les grands axes d'une réforme

Une véritable réforme de la Sécurité Sociale se fonde sur la cohérence du programme global du FN : promotion de la vie et de la famille (relance de la démographie), grande politique de l'emploi (augmentation du nombre d'actifs par rapport aux inactifs), défense des nationaux par rapport aux immigrants.

A - Gestion et Financement de la Sécurité Sociale (branche Assurance Maladie) :

Trois axes principaux : clarifier, alléger, équilibrer, pour un seul but : soigner.

1 – Clarifier la gestion de la Sécurité Sociale :

- **Séparer les 5 branches les unes des autres** : la maladie, la dépendance (nouvelle branche), la famille, la retraite, le chômage doivent avoir cinq gestions différentes parce qu'elles obéissent à cinq philosophies totalement différentes.

- **Regrouper les 3 grands régimes généraux et les 173 caisses et 1100 régimes particuliers** dans un souci d'égalité.

- Redéfinir le statut et les prérogatives scandaleuses des URSSAF.

- Création d'un **Fonds de grandes détresses** (en direction des SDF et sans-abris).

- **Rendre effective la centralisation comptable de toutes les caisses départementales** par une consolidation de toutes les comptabilités (non réalisé à ce jour : cf Rapport de la Cour des Comptes sur les comptes 2004 de la Sécurité Sociale).

2 – Alléger à terme d'au moins 30% le budget de l'Assurance Maladie

- Création d'une **Caisse spécifique pour les Etrangers soignés en France** mais n'y cotisant pas, à l'identique de la Caisse des Français de l'étranger, et **réactualisation des conventions internationales permettant enfin la régularisation de la dette de plus de 30 milliards d'euros cumulés ces 20 dernières années** (argent dû par les Etats d'origine des étrangers soignés en France).

- **Confier la gestion de la branche Maladie à un organisme sous tutelle de l'Etat avec contrôle du Parlement.**

- **Confier à la concurrence privée les risques ne relevant pas de la solidarité nationale** comme certains soins de confort, l'exercice du sport ou les activités de convenance personnelles, ainsi que certains transports pour accompagnants.

- Renvoyer sur d'autres budgets ministériels la gestion des bâtiments ou la formation des personnels...

3 – Equilibrer le budget de l'Assurance Maladie

- **La gestion n'est plus confiée aux syndicats "représentatifs" (qui représentent moins de 8% des salariés) mais aux parlementaires qui représentent, eux, tous les Français !**

- **La majorité des innombrables comités, commissions, conseils et conférences sera supprimée** parce que devenue inutile grâce à une gestion assainie (découpage et regroupement cohérents des branches, régimes et caisses) et à une consolidation des Comptes de la Sécurité Sociale.

- **Le contrôle s'exercera préférentiellement sur les 5 à 10% des Français qui consomment 60 à 70% du budget de l'Assurance Maladie : ce ratio, valable depuis 15 ans est la base d'une gestion simple et efficace.**

4 – Soigner dans le respect des personnes et selon la liberté de choix

✓ concernant la distribution des soins en ville :

- **Préservation du caractère libéral de l'exercice médical**, spécificité française qui ne doit pas disparaître au profit d'une subordination excessive aux gestionnaires. Seul l'intérêt des patients doit déterminer les limites de l'exercice médical.

- **Abrogation du médecin traitant** et de toute forme de passage obligé pourvoyeur d'inflation budgétaire et d'irresponsabilité.

- **Préservation du secret professionnel et de la libre prescription.**

- Meilleure formation initiale et continue des praticiens de santé dans tous les domaines.

- Responsabilisation des soignants quant à la continuité des soins, abrogation du numerus clausus et des quotas.

- Préservation du caractère contractuel des relations avec les patients.

- Préservation du paiement direct avec les moyens modernes de la monétique.

- **Préservation des Ordres professionnels.**

✓ concernant la distribution des soins à l'hôpital et en cliniques :

- **Refonte des Urgences.**

- Gestion des hôpitaux et des cliniques, libérée des enveloppes globales.

- **Aménagement de la loi des 35 heures pour le personnel de santé.**

- Révision des SROS et de la notion de régionalisation de la santé.

- **Généralisation d'un partenariat Hôpital-Ville dans le développement des soins d'hospitalisation à domicile.**

✓ concernant les patients

- Responsabilisation par le paiement direct (les systèmes de tiers-payant engendrent 2 à 5 fois plus de soins, telles la CMU et l'AME).

- Education au jour le jour en matière de santé publique.

✓ concernant le cas particulier du médicament

- Frein aux pratiques mondialistes de regroupement des Laboratoires au détriment des petits Laboratoires innovants.

- Aide à la Recherche privée et développement de la Recherche publique en urgence.

B - Bioéthique et Santé Publique

- Développement de toutes les branches de la santé publique en totale harmonie avec les domaines de la recherche et de l'environnement.

- Formation urgente de personnels d'accompagnement de vie des personnes dépendantes.

- Lutte prioritaire contre les grands fléaux infectieux et physico-chimiques : infections nosocomiales, SIDA, , risques agroalimentaires.

- Amélioration des droits des malades avec incitation à la médiation.

- La bioéthique est un domaine particulièrement sensible : elle imposera la promulgation prioritaire d'une loi-cadre donnant un statut juridique à l'embryon et interdisant le clonage et la brevetabilité du vivant.