

Les assurés sociaux une nouvelle fois sanctionnés... mais après les législatives

La loi sur l'assurance maladie d'août 2004 a été présentée à l'époque comme la loi de la dernière chance devant permettre le retour à l'équilibre en 2007. Le déficit prévisionnel se situe officiellement à 3,9 milliards pour 2007, après 6 milliards en 2006.

La raison d'un tel écart est simple. En 2004, rien n'a été fait pour traiter de l'organisation et de l'offre de soins dans notre pays. Les questions fondamentales liées à la démographie médicale et au parcours de soins, aux missions de l'hôpital et au développement des réseaux de soins ont été totalement occultées au profit d'une prétendue réforme qui a fait porter tous les efforts sur les seuls assurés sociaux.

Ce n'est pas le déficit qui baisse, ce sont les prélèvements qui augmentent et les remboursements qui se développent. Et cela ne pourra que continuer...

L'évolution des dépenses de santé en 2006 et en 2007 est très supérieure à ce qui a été prévue dans les lois de financement de la sécurité sociale.

L'absence de réforme portant directement sur l'organisation des soins conduit directement à ces nouveaux dérapages. Les augmentations déjà décidées des tarifs des consultations des généralistes de 21 à 22 euros dès le 1er juillet 2007, puis à 23 euros en juin 2008 vont conduire à un nouvel accroissement des dépenses (arrêté publié au journal officiel le 3 mai 2007). Il faudra ajouter également la revalorisation des actes de soins infirmiers.

Au total, le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie créé par la loi de 2004 sur l'assurance maladie va très prochainement signaler les nouveaux dérapages comme incompatibles avec les objectifs de dépenses.

Le gouvernement de François Fillon, par l'intermédiaire du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, aura alors **toute latitude pour prendre les mesures dites de redressement sans qu'il ne soit nécessaire d'un vote du Parlement.**

Les propositions faites par Nicolas Sarkozy prennent de ce point de vue tous leurs sens. **Qu'il s'agisse d'une franchise nouvelle sur les dépenses de santé et/ou de l'instauration d'une TVA dite sociale, ces mesures n'ont d'autre motivation que de mettre à contribution encore et toujours les seuls assurés sociaux.**

Pour combler un déficit de 2,5 milliards d'euros, il suffit par exemple d'augmenter de 1 à 5 euros l'actuelle franchise sur les actes et consultations créée dans la loi de 2004, et cette franchise n'est pas prise en charge par les mutuelles complémentaires.

L'accès aux soins pour tous et sur tout le territoire est bel et bien remis en cause. La médecine à deux vitesses est plus que jamais à l'ordre du jour.

FACE À LA DROITE DES RÉPONSES DE GAUCHE

Au lieu de mettre en oeuvre de nouveaux déremboursements et de nouveaux prélèvements, il est indispensable de défendre et de promouvoir l'accès aux soins et l'égalité devant la santé :

- ⇒ En donnant la priorité à l'hôpital public et à la prévention.**
- ⇒ En limitant les dépassements d'honoraires et en refusant de nouvelles franchises.**
- ⇒ En renforçant les aides à l'installation dans les zones rurales et dans les quartiers en difficulté.**