

# Réforme de la Sécu :

# Au rapport !

## Des manques de financements

La réforme Douste-Blazy de l'assurance maladie a du plomb dans l'aile. La Cour des comptes, dans un rapport portant sur les comptes de la Sécurité sociale de 2004, le dit à demi-mot. Son président, Philippe Séguin, n'a pas caché qu'il était « dubitatif » quant à l'objectif affiché par les auteurs de la réforme, le retour à l'équilibre financier en 2007. « Dans le contexte de faible taux de croissance potentiel de l'économie française, l'objectif de retour à l'équilibre prévu pour 2007 sera difficile à atteindre », juge-t-il. Le rapport souligne le niveau « sans précédent dans l'histoire de la Sécurité sociale » du déficit du régime général (13,2 milliards d'euros). Une dégradation « généralisée », toutes les branches contribuant au déficit, même si l'assurance maladie en porte l'essentiel (12,3 milliards d'euros). La Cour noircit encore le tableau en y ajoutant le déficit de deux organismes concourant au financement de la Sécurité sociale : celui du Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), à hauteur de 3,2 milliards d'euros (qui devrait se creuser encore de 1,6 Milliards en 2005 et autant en 2006 : c'est qu'en supprimant le BAPSA pour le remplacer par le FFIPSA, le gouvernement a aussi supprimé la subvention d'équilibre verbe par l'état !), et celui du Fonds de solidarité vieillesse (1,7 milliard). « Notre système de protection sociale n'est aujourd'hui plus totalement financé », observe Philippe Séguin.

## L'échec

Le rapport s'attache à montrer « l'échec » des tentatives de réduction des dépenses maladie, menées par les pouvoirs publics ces der-

nières années en pesant sur les comportements des professionnels de santé et des assurés sociaux. La Cour épingle sévèrement les nombreuses réformes, « inefficaces » ou « avortées », et les « mesures de circonstances » visant à « modifier les comportements par le biais de la rémunération ». Des professions (biologistes, infirmiers libéraux, kinésithérapeutes, etc.) ont obtenu des revalorisations de tarifs en contrepartie d'engagements à limiter leur activité, ou à la modifier dans le sens d'une plus grande efficacité, qui n'ont pas été respectés. « Ni l'objectif financier ni celui de la santé publique ne sont atteints ». La consultation du généraliste, par exemple, a été augmentée l'an dernier à 20 euros, pour un coût de 300 à 400 millions d'euros, en échange, normalement, d'une augmentation de la prescription de génériques, qui n'a permis d'économiser que 70 millions d'euros.

## Entêtement coupable

La première réponse du gouvernement à ce constat ne s'est pas faite attendre. La haute autorité de santé (HAS), instance créée l'an dernier par la loi Douste-Blazy, chargée de se prononcer sur le service médical rendu des médicaments, recommande « le retrait du remboursement » de 221 spécialités. La deuxième vague de déremboursement des médicaments jugés peu efficaces va être beaucoup plus importante que la première (82 produits à l'été 2003, et peu de médicaments répandus). Cette fois y figurent en particulier la plupart des veinotoniques, des traitements très largement prescrits. L'économie attendue pour la Sécurité sociale est de 440 millions d'euros, ainsi reportés sur les malades. La volonté de diminuer les dépenses remboursables en négligeant les

conséquences sur la santé des assurés sociaux n'aura pas d'autre effet que de reporter le coût sur les malades, et de condamner celles et ceux qui n'ont pas les moyens de faire face, à une absence de soin.

**D'autres solutions existent. La CGT estime qu'il est urgent de discuter et de mettre en œuvre une réforme du financement de la Sécurité Sociale basée sur une modification du mode de calcul des cotisations dites « patronales » qui soient plus favorables à l'emploi et à croissance afin de financer des besoins de santé et de refonder le système de santé. Elle fait des propositions concrètes en ce sens.**



**A la Sécu,  
désormais  
on dérembourse !**