

Santé-Sécurité sociale, enjeux et données (Mars 2004, Attac-Cergy F.Michaut)

1) Analyse et appréciation du Rapport du Haut Conseil (Fragonard)

Y a-t-il des points d'appui ? Lesquels?

Copernic (Mills) dit non, tout à jeter. nuancer

->"il faut sd'abord s'attacher résolument à améliorer le fonctionnement du système de soins et la coordination des acteurs"

->Faire des choix ? "le système de financement sépuiserait à vouloir couvrir sans aucun tri ce que les industries et professions de santé peuvent offrir"

Le 4pages d'attac dit : "On ne peut se satisfaire du statu quo. Une situation dans laquelle les dépenses de santé augmentent sans aucune amélioration de l'efficience du système n'est pas acceptable"

->Le bilan actuel :

La Sécu prend en charge 76% des dépenses globales de santé

Les complémentaires 13%

Les ménages 11%

avec notamment prise en charge quasi-totale des très grosses dépenses.

"Cette armature de l'importante prise en charge des dépenses par les régimes de base doit être sauvegardée. On peut en discuter les paramètres, pas la logique"

->problème de la forte croissance des dépenses

de 3,5% du PIB en 1960, à 8,9% en 2002

Malgré le ticket modérateur, par l'effet des mécanismes d'exonération, le taux moyen de remboursement s'est légèrement amélioré.

"Mais avec les années la levée des recettes a posé des problèmes politiques et économiques de plus en plus aigüis"

Existence d'effets structurels dans le déficit actuel

->sans rien faire, avec croissance des dépenses de +1,5 point sur le PIB, déficit annuel tendanciel en 2020 de 66 Md€ (pour 29 Md€ en 2010).

Inacceptable : refus unanime de recourir à cet endettement massif pour couvrir les dépenses.

Alors : sur recettes seules=doubler la CSG (taux de 5,25 à 10,75 en 2020), effet déviction massif sur d'autres besoins collectifs

sur une baisse de remboursement: mise en cause des principes de solidarité et égalité, il faudra d'ici 2020 baisser le taux de prise en charge de 76% à 55%

"Le Haut Conseil estime en priorité nécessair effort résolu sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins"

"Définition de visions communes aux différents financeurs"

"ajustement des conditions de prise en charge est possible, doit épargner les ménages exposés à des dépenses élevées, , accompagné de mesures correctrices pour les plus modestes

-essentiellement cotisations et CSG actuellement=prélèvement de 18,8% sur le salaire brut
le reste (revenus du capital CSG, budget de l'état)=8% des recettes

"Le Haut Conseil considère comme positif que les cotisations ne tiennent pas compte de l'état de santé des assurés, ni du nombre de personnes au foyer...puissant mécanisme de transfert des biens portant vers les malades, des jeunes vers les plus âgés, des familles petites vers les plus nombreuses, des ménages aisés vers les plus modestes"

"L'assiette salariale est bonne, robuste, elle évolue comme la richesse nationale (...à voir)
mais ne suffit pas si la croissance dépasse le PIB....La CSG, par son assiette large, est apparue comme une réponse"

->Amélioration du système de soins

efficacité, efficience

surconsommation de médicaments

nécessité de système d'évaluation et de procédures de bonnes pratiques

question de la fixation "administrative" des prix

Diversification des modes de rémunération des praticiens libéraux, lien entre payer mieux et autrement->dans une politique conventionnelle, pour plus de qualité mieux contrôlée"

-Pb des disparités fortes d'installation sur le territoire:

"contraste entre la stricte régulation par l'Etat de l'effectif global (numerus clausus), et l'absence totale ensuite d'orientation territoriale des professionnels formés. S'interroger sur le bien-fondé de la totale liberté d'installation des professionnels de santé"

Pb de cloisonnement entre ville et hopital, le système n'est pas organisé, ne coordonne pas les moyens dont il dispose.

Mieux exercer la liberté de choix, vers des formes de soins coordonnées, orienter par les remboursements les assurés vers les formes les mieux organisées"

2) Eléments de référence et comparaison, notamment sur le lien entre niveau de libéralisation-privatisation et coût-efficacité du système

France, 2001 Dépenses publiques (financées par prélèvements, 44% du PIB)

Budget de l'état		261 Md€	
Protection sociale	Santé	145 Md€	35%
	Vieillesse	183 Md€	44%
	Famille	42,3 Md€	10%
	Emploi	27,7 Md€	6,6%
	Pauvreté, exclusion	5,7 Md€	1,4%
	Total	417 Md€	

Taux de remboursement par la Sécu

	1980	2000
moyen=	78,2	75,7%

3	Hopital public	85%	92,6%
	privé	85%	84%
Médecin	80%	70,8 %	
Pharmacie	65%	62%	
Dentiste	50%	34%	
Autre (optique,prothèses)	25%	42%	

Part des salaires dans la valeur ajoutée:

1960 60% 1980 68% 1983 69,5% 1990 61% 1997 60% 2002 61,8%

Prélèvements obligatoires : un choix de société

On nous dit: avec 44%, le niveau des prélèvements a atteint une limite , on ne peut la dépasser. Or la Suède a augmenté ses prélèvements, de 48% en 95 à 54% en 2002. Est-elle en faillite économique ?

C'est ce qui permet dans ce pays un très haut niveau de protection sociale, incluant la dépendance, l'aide à domicile gratuite, les maisons de retraite médicalisées publiques, accessibles à tous et avec un encadremnt double de la France.

Une corrélation très forte existe entre le niveau des dépenses publiques et le niveau de pauvreté:

	Dépenses publiques	taux de pauvreté
Suède	57% ,	6%
France	47%	8%
Angleterre	39%	12%
USA	30%	17%

Le choix fait par les libéraux: privatiser et individualiser ces dépenses collectives obligatoires. Ceci favorise-t-il une meilleure maitrise des dépenses de santé, est-ce favorable à une meilleure santé ?

Contrexemple: les USA, 13,9% du PIB en dépenses de santé, France 9%

L'espérance de vie des américains est de 2 ans inférieure à celle des français, lié en grande partie à l'inégalité d'accès aux soins amplifiée par la privatisation.

La Suède, avec des prélèvements élevés, une prise en charge publique forte, est stable passant de 8,2% en 90 à 8,7% en 2001. Idem pour la Finlande, autour de 7% stable.

Donc ne pas confondre

→la question d'une politique de santé publique, responsabilité de l'Etat actuellement mal exercée en France, qui peut contribuer à maîtriser les dépenses en améliorant la santé globale,

→et la question de la prise en charge des dépenses, collective ou privatisée.

Quel est le véritable objectif du transfert du collectif obligatoire vers l'individuel privatisé et rentabilisé?

Créer un vrai "marché" lucratif de la santé et sa protection , faire basculer dans la sphère financière les sommes énormes de la protection sociale, qui y échappent à ce jour.

C'est l'objectif fixé en 94 par l'OCDE et la Banque Mondiale, repris dans l'AGCS par le traité de l'OMC en 95.

Il faut créer et définir le marché, sur lequel vont se placer les Assurances privées : c'est l'objectif de la définition du "panier de soins" pris en charge par la Sécurité.

Quel intérêt de remplacer la sécu par des complémentaires "quasi-obligatoires", aidées par l'état pour les petits revenus, plutôt que d'intégrer d'emblée dans la sécu obligatoire tout ce qui correspond à un besoin de santé reconnu ?

C'est de permettre le prélèvement supplémentaire des profits et dividendes des actionnaires, sans aucun gain de qualité ni d'efficacité de gestion pour l'assuré, bien au contraire :

coût de gestion de la SS=6% coût de gestion des assurances: 12 à 14%

c'est passer d'une logique solidaire

chacun contribue selon ses revenus, est soigné selon son besoin

à une logique assurantielle

chacun paie selon le risque qu'il représente, est soigné selon les moyens qu'il peut mettre dans son assurance

La question centrale de la politique de santé et organisation du système de santé

Là est la vraie responsabilité de l'Etat, qu'il n'assume pas actuellement.

Voir les pistes intéressantes données par le Haut Conseil.

On doit poser les questions

-contradiction entre service public et droit à la santé, avec égalité partout sur le territoire, prise en charge socialisée des dépenses, et fonctionnement purement libéral du système, non organisé en fonction des besoins, privatisation des recettes

-question du paiement à l'acte, autres possibilités, coordination des soins, prévention

-question de la pénurie à venir de personnels de santé, former plus et mieux, et répartir l'offre sur le territoire

-quelle politique de recherche, quel financement, contrôle des multinationales pharmaceutiques et de leurs prix et profits