

CONSEIL d'ADMINISTRATION du 23 OCTOBRE 2009
POINT 3
INFORMATION SUR LES ORIENTATIONS DU PLFSS 2010

Le PLFSS 2010 poursuit l'œuvre des précédents : rendre responsables les malades; remettre en cause des droits liés à la retraite et ne pas prendre en compte les nouveaux besoins de familles...

Sa logique est de faire payer les malades plutôt que d'améliorer la couverture sociale de la population, de permettre à tous de bénéficier de l'avancée des sciences et des techniques, de la répartition des richesses au service de l'intérêt du plus grand nombre.

Les inégalités d'accès aux soins persistent, voire s'accroissent sous l'effet du recul de la prise en charge par l'assurance maladie, de l'envolée des tarifs des complémentaires et de la dégradation de la situation sociale.

Ce nouveau plan laisse filer les déficits, fragilisant gravement notre système solidaire de Sécurité Sociale en créant le sentiment que ce dernier n'est plus viable financièrement.

Il ne prend pas à bras le corps la nécessité de recettes nouvelles pour pérenniser et consolider notre système de protection sociale.

Pourtant, tous les acteurs du champ économique et social reconnaissent que la protection sociale française, a joué dans la crise un réel rôle d'amortisseur social.

Il est nécessaire et possible dès à présent de mettre en œuvre une réforme de financement, en s'attaquant aux causes structurelles de cette crise, à savoir la création de valeur pour l'actionnaire et la dévalorisation du travail.

.Pour la CGt, il est donc essentiel de prendre dès le PLFSS 2010 les mesures de financement indispensables pour accroître les recettes.

Les mesures avancées dans ce PLFSS, pour l'essentiel, portent atteinte aux droits des assurés sociaux :

Pour la partie concernant l'assurance Maladie, le gouvernement persiste dans la maîtrise comptable des dépenses de santé par un désengagement de l'assurance Maladie et un transfert progressif de charge vers les assurés sociaux par le biais des Mutuelles ou plus inquiétant des assurances privées ayant trouvé un moyen de faire des profits aux dépens de la maladie.

Les mesures d'économie ou de recettes nouvelles proposées sont d'une portée bien en dessous des réponses nécessaires pour relever le défi du droit à la santé et du financement durable de notre protection sociale.

Nous allons vous épargner de reprendre le PLFSS article par article et nous nous limiterons à pointer les dispositions contraires à l'intérêt des assurés sociaux, à l'esprit des valeurs de la sécurité sociale.

- concernant les ALD, l'article 29 prévoyant la sortie d'une couverture à 100 % après stabilisation dans un premier temps aux cancers introduit une logique contraire aux fondamentaux de notre Sécurité sociale. Le gouvernement substitue aux principes de solidarité, de droit à la santé, la logique du chacun pour soi, il continue à culpabiliser les grands malades. C'est le début de la remise en cause du 100%.
- La hausse du forfait journalier est également inacceptable, elle pénalise encore et toujours les malades. En vingt ans, son augmentation a été deux fois supérieure à celui de l'inflation. Pour les hospitalisations de longue durée, elle remet en cause les moyens de subsistance des malades. Elle participe à l'augmentation des cotisations de la couverture des complémentaires.
- Le déremboursement des médicaments « à vignette bleue » ou remboursés à seulement 15 % n'est plus justifiable. S'ils sont réellement inefficaces, il faut avoir le courage de leur retirer l'autorisation de mise sur le marché. Sauf à vouloir servir les actionnaires de l'industrie pharmaceutiques.
- La politique de contrôle, de lutte contre les fraudes, d'encadrement des prescriptions est sur une dérive malsaine de suspicion généralisée. Il est urgent de revenir à une conception de respect de l'humain, de son intelligence, de valorisation de l'éthique professionnelle. Tout le monde sait autour de cette table que les fraudeurs organisés sont une minorité : c'est à eux qu'il faut s'attaquer.
- Le transfert des contrôles à des médecins à la solde des employeurs est scandaleux, leur impartialité est plus que discutable. Les abus sont en volume et en coût insignifiants. Accréditer cette idée contribue à dédouaner les employeurs de leur responsabilité quant à l'état de santé des salariés. En cultivant la peur des contrôles, gouvernement et patronat veulent agir sur les comportements et obliger les travailleurs à rester au travail au risque de mettre en danger leur santé.
- Autre gâchis, celui des conséquences de la souffrance au travail d'un nombre de salariés toujours plus grand, dépenses qui pourraient être évitées. Le travail ne doit plus « tuer » ni même « faire souffrir » mais devenir source de bien être, d'épanouissement des facultés de chacun, au sein des collectifs où la sociabilité et la confiance favorisent des productions et des services utiles à tous.
- Le taux de l'ONDAM à 3 % inférieur à celui de l'année dernière n'est pas réalisable.

Un taux de 2,8 % pour l'hôpital va aggraver la situation budgétaire déjà déficitaire pour nombre d'entre eux. Après la limitation du débat sur l'avenir

du système de santé, par une procédure d'urgence pour la loi HPST, la volonté d'étranglement et de remise en cause du service public hospitalier se poursuit.

- pour les personnels de caisses, la non prise en compte de l'humain dans les réorganisations, mutualisations génère de l'angoisse, des pertes de repères et de compétences. La politique managériale de suppression de postes, d'individualisation des résultats, du chiffre au détriment de la qualité est humainement intenable. Valoriser le travail des salariés d'une caisse, c'est leur permettre de remplir les missions d'accompagnement et de conseil.

Concernant l'indécence des dépassements d'honoraires des médecins qui atteignent aujourd'hui, des niveaux parfaitement insupportables, nous sommes en attente des résultats des discussions entre syndicats de médecins, assurance maladie et complémentaires santé qui faute d'accord pourrait déboucher sur un décret relatif aux sanctions à l'encontre des médecins. Quelque soit les issues envisagées, il nous faut, d'ores et déjà, craindre les retombées pour les assurés.

Concernant la lutte contre le risque de pandémie grippale H1N1, aucune demande de la part du gouvernement de mise à contribution de l'industrie pharmaceutique. Comment comprendre que certains réalisent des plus value quand les salariés assurés sociaux, mutualistes, contribuables participent à l'effort national de santé publique.

Les mesures avancées dans ce PLFSS, pour l'essentiel, portent atteinte aux droits des assurés sociaux.

Elles confirment l'intention du gouvernement de faire payer les malades plutôt que d'améliorer la couverture sociale de la population.

A ce conseil d'administration, est fait une présentation qui ne donnera pas lieu à délibération. Le dossier remis, un point à l'ordre du jour, et l'absence de positionnement de notre conseil d'administration nous démontre une fois de plus, s'il en était encore besoin, l'objectif politique mené dans notre Caisse qui est :

Faire de ce conseil d'administration une simple chambre d'enregistrement et non un lieu d'échanges, de réflexions, d'interpellation des autorités sur une question aussi majeure que celle du devenir de l'assurance maladie.

Accompagner les mesures gouvernementales ce qui se traduit par une remise en cause systématique de notre Statut et un alignement sur le régime général.

Jouer un rôle expérimental, au travers de la mise en œuvre au régime général des mesures expérimentées dans notre Caisse.

Pour les administrateurs CGT, nous rejetons ce projet de loi et nous nous associons aux votes de rejet de ce projet de loi majoritairement exprimés par les caisses nationales de Sécurité Sociale.