



FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2018 : PLFSS 2018

Avec le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2018, le gouvernement a bien l'intention de donner un coup fatal à la Sécurité sociale.

C'est la poursuite de la stratégie des Lois HPST de Bachelot et Santé de Touraine, restructurant d'une manière drastique l'Hôpital public au profit du privé. L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à 2,3% en 2018 laisse un goût amer car cette progression n'est pas suffisante et uniforme mais fait la part belle au secteur libéral (augmentation de 2.4%) en délaissant le secteur public (2% d'augmentation). Il faut ajouter à cela les traditionnels gels de crédits (presque 1 milliard d'€ l'année dernière pour les hôpitaux) qui réduisent encore ces chiffres. Les 4,2 milliards d'euros d'économies sur l'assurance maladie, après les plus de 10 milliards d'euros du gouvernement précédent, ne vont pas contraindre uniquement les dépenses de l'Assurance maladie, mais continuer à restreindre l'accès aux soins, à maltraiter usagers et personnels des hôpitaux publics, puisque selon le ministère lui-même la progression naturelle des dépenses est évaluée par l'exécutif à + 4,5%. Des mesures qui ont pour conséquence la fermeture de lits par centaines et de structures ambulatoires (CMP, CATTP,...) en psychiatrie, retards de prises en charge, embouteillages aux urgences...

Le taux d'augmentation de l'ONDAM qui permettrait de conserver l'existant à l'hôpital est donc de 4,5% (on en est loin). Pour répondre aux besoins, pour la CGT, il faut un électrochoc par un taux minimum de 8 à 10% qui permettrait de rattraper le retard accumulé.

Ce PLFSS prévoit aussi la réalisation d'une promesse du candidat Macron : la fin du tout T2A par le paiement de l'activité au forfait.

Sous cette promesse se cache une vérité plus trouble et libérale : L'introduction d'un nouveau mode de financement de la pathologie au forfait.

L'existant :

La T2A constitue le mode unique de financement

pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et des établissements privés.

Les ressources sont calculées à partir d'une mesure de l'activité produite conduisant à une estimation de recettes.

Le prix de chaque activité est fixé chaque année par le ministre chargé de la santé via le mécanisme des GHS / GHM.

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un « groupe homogène de malades » (GHM) auquel est associé un (ou parfois plusieurs) « groupe(s) homogène(s) de séjour » (GHS).

Ceux-ci conditionnent le tarif de prise en charge par les régimes d'assurance maladie.

A venir :

Le PLFSS 2018 prévoit l'introduction, dans le mode de financement des établissements, de rendre un certain nombre de pathologies (à déterminer) éligibles à la « tarification à l'épisode », au forfait. Cela signifie que l'établissement est financé pour la totalité de la prise en charge du patient (hospitalisation, soins de suite et de réadaptation, consultation du médecin en sortie d'établissement et éventuelle intervention d'un professionnel paramédical (IDE, Kiné...etc) dans la continuité de la prise en charge. Cela s'appelle le « parcours patient ». C'est l'établissement hospitalier qui reçoit le montant qui doit couvrir l'intégralité de la prise en charge jusqu'à guérison, une seule fois, et paie les actes au SSR et au professionnel libéral sans prise en compte de l'éventuelle rechute et réhospitalisation.

La logique du transfert du déficit de la sécu vers les déficits hospitaliers est poussée à son paroxysme en imaginant les conséquences évidentes pour les hôpitaux et pour les cliniques (dont le recrutement de patients va se réduire pour éviter la « perte sèche

») et le transfert de l'activité peu lucrative transféré vers le secteur public pour un plus grand nombre de patients qu'aujourd'hui.

C'est aussi un moyen évident dans la continuité des GHT pour faire entrer le secteur libéral dans l'activité hospitalière.

L'inquiétude est grande de voir le taux de progression des dépenses se ralentir aussi dans le médicosocial (2.6% au lieu de 2.9% en 2017) alors que les conditions de travail et d'accueil des usagers et résidents se dégradent.

En même temps, l'augmentation de la dépense des Fonds d'Intervention Régionaux (FIR) passe de 2.1 à 3.1%. Cela signifie l'augmentation de la capacité d'intervention des ARS dans divers financements sans présumer de l'équité territoriale puisque chaque ARS peut envisager la dépense à son choix. Il s'agit d'un accroc majeur à la démocratie car l'équité de l'accès aux soins n'est plus garantie et ce sont donc les ARS qui détermineront en fonction de leurs choix quelle activité survit ou pas sur un territoire.

Agnès Buzyn a par ailleurs confirmé une hausse du forfait hospitalier, sans aucune concertation. Celle-ci serait de 2 euros pour le tarif journalier en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en soins de suite et réadaptation (SSR) (soit 20 euros contre 18 euros actuellement), tandis que celui de psychiatrie progresserait de 1,50 euro (soit 15 euros contre 13,50 euros). Ce sont des mesures injustes qui vont surtout peser sur les plus pauvres, les plus fragiles (jeunes, retraité-e-s, chômeurs, travailleurs indépendants...) mais aussi toutes celles et ceux pour qui le coût de cette complémentaire représente déjà une charge importante dans leurs revenus... au point de l'abandonner dans certains cas. Oubliées les belles promesses du candidat Macron qui s'était pourtant engagé dans la lutte contre les inégalités d'accès aux soins, notamment sur le dentaire, l'optique et l'audioprothèse.

La CGT agit pour la construction d'une Sécurité sociale solidaire, fondée sur le principe « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins », et reposant sur le travail, faisant face aux défis de la transformation des risques sociaux du début du XXI^{ème} siècle.

Ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale répond-t-il à ces défis ?

Ce n'est manifestement pas le cas. Non seulement les moyens alloués à la Sécurité sociale, notamment en matière de santé sont loin de répondre aux besoins - et l'examen du projet de loi de programmation des finances publiques 2018-2022 (LPFP) montre que ces moyens manqueront cruellement à la Sécurité sociale dans les prochaines années - mais les orientations gouvernementales remettent en cause plusieurs des principes fondateurs sur lesquels repose la Sécurité sociale depuis sa création.

Ainsi, en matière de santé, un certain nombre de bonnes intentions sont affichées par le Gouvernement en particulier « le développement de la prévention et de l'innovation pour des soins plus pertinents ».

Mais cette prévention supposerait une approche globale intégrant l'ensemble des risques de santé publique, notamment ceux résultant de la vie au travail et les risques environnementaux ; elle ne saurait se limiter au passage de 3 à 11 vaccins obligatoires imposés sans concertation.

Avec un ONDAM progressant de 2,3% et un objectif de 4,200 Millions d'€ d'économies, on est loin de toute manière de disposer des moyens nécessaires pour faire face à ces défis.

Nous observons que, comme les années précédentes, ces économies seront réalisées non seulement sur le médicament, mais dans une large mesure sur les moyens de l'hôpital public (à hauteur d'1,400 Millions d'€ au minimum = 31 500 postes), malgré les avertissements réitérés que nous avons lancés avec d'autres sur la gravité de la tension à laquelle l'hôpital public est soumis. En outre, comme les années précédentes une partie des crédits mis en réserve, risque d'être annulée en fin d'année comme ce sera le cas en 2017. Nous observons que le principe de cette mise en réserve de crédits est d'ailleurs reconduit par le projet de LPFP.

S'agissant de l'innovation médicale et notamment du développement de la télémédecine, celle-ci doit être au service d'une médecine de proximité et non être un pis-aller visant à compenser la fermeture de structures de soins de proximité.

Laisser entendre que l'augmentation du forfait hospitalier sera indolore pour les assurés sociaux est une contrevérité. Ce sont ces derniers qui en supporteront in fine la charge, sous forme d'augmentations de cotisations de protection

complémentaire (sans compter la situation des 5% d'assurés qui sont dépourvus de protection sociale complémentaire et ceux et celles qui renoncent à se soigner faute de moyens). On est bien loin de la promesse électorale du 0 reste à charge.

La 2ème caractéristique majeure de ce projet est qu'il marque une rupture avec plusieurs des principes fondateurs de la Sécurité sociale : c'est en particulier le cas du financement de la Sécurité sociale par le salaire socialisé et du principe de séparation entre finances publiques et finances sociales.

Annoncées depuis plusieurs mois, la suppression des cotisations « salariales » d'assurance maladie et d'assurance chômage et leur remplacement par la CSG ne sont pas une surprise (en revanche, le « micmac » budgétaire en est une). Mais joints à la transformation du CICE en exonérations pérennes de cotisations sociales, ils marquent une double rupture avec les principes de la Sécurité sociale :

→ La fin du caractère de salaire socialisé du financement de la Sécurité sociale, puisqu'il n'y aura plus en 2019 de cotisations « employeurs » au niveau du SMIC (seule subsistant une cotisation salariale au titre de la retraite). Ce n'est rien d'autre qu'une nouvelle baisse des salaires au niveau du SMIC ;

→ Le principe de séparation entre finances publiques et finances sociales, la CSG étant jusqu'à présent totalement affectée à la Sécurité sociale et à ses fonds de financement. Le projet de loi de finances pour 2018 prévoit même l'affectation temporaire de la CSG au budget de l'Etat..

De plus, cette réforme fait peser davantage le financement sur les retraité-e-s et accentue l'injustice sociale (le coût de la complémentaire santé est plus cher pour cette catégorie, la revalorisation des pensions 2018 est repoussée au 01/01/2019).

Je cite : (extrait du communiqué du ministère)

« Ramener la progression de dépenses de 4,5 %, considérée comme étant leur croissance tendancielle, à 2,3 %, suppose la réalisation de 4 165 M€ d'économies en 2018, soit un montant supérieur à celui programmé au cours des années précédentes.

Les mesures d'économies sont présentées cette année en 6 programmes anticipant la nouvelle

stratégie nationale de santé en cours d'élaboration :

- Structuration de l'offre de soins: 1 465 Millions d'€
- Pertinence et efficacité des produits de santé : 1 490 Millions d'€
- Pertinence et qualité des actes : 335 Millions d'€
- Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêt de travail et de transports : 240 Millions d'€
- Contrôle et lutte contre la fraude : 90 Millions d'€
- Autres mesures : 545 M€

Réparties par sous objectifs de l'ONDAM, les économies attendues s'élèvent à :

- 2,290 Millions d'€ pour les soins de ville
- 1,625 Millions d'€ pour les établissements de santé (45 000 euros/Equivalents Temps Pleins = 36 100 emplois tout établissements confondus (publics/privés)!)
- 0,250 Millions d'€ pour les établissements médicaux sociaux. (Un comble après la mission flash)

Certaines mesures présentées comme des « économies » sont en fait la mobilisation de recettes venant en atténuation des dépenses de l'ONDAM. Tel est le cas de :

- l'augmentation du forfait hospitalier qui apportera une recette évaluée à 200 M€ aux établissements de santé, permettant de réduire d'autant les crédits de l'ONDAM hospitalier,
- la participation des organismes complémentaires au financement de la convention médicale, réduisant de 100 M€ les crédits de l'ONDAM de ville,
- la mobilisation des réserves de la CNSA (100 M€) et l'affectation de 100 M€ de recettes de contribution additionnelle de solidarité pour l'autonomie (CASA) permettant de réduire de 200 M€ les crédits de l'ONDAM médico-social. (C'est le jour de solidarité NDLR)

Déduction faite de ces ressources complémentaires apportées au financement de dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, le programme d'économies annoncé n'en demeure pas moins significatif (3,665 Millions d'€) et appellera un suivi attentif tout au long de l'année 2018 afin de prévenir un dérapage de l'ONDAM et une détérioration de la situation financière des établissements de santé ».

Les choix stratégiques dans la volonté de réduire les coûts et faire des économies sont clairement posés.

Les annonces de la ministre laissent peu de doute sur les motivations de « rationalisation des coûts »

par la réduction de la dépense et donc de l'offre de soins.

En même temps, le gouvernement prévoit « d'offrir » 50 000€ aux médecins libéraux qui s'installent dans des déserts médicaux. La CGT réclame un numérus clausus d'installation obligeant les praticiens à s'installer ou il manque des professionnels comme c'est le cas pour les pharmaciens.

Pour ce qui est des retraites, ce n'est pas l'augmentation progressive du minimum vieillesse qui va atténuer les effets directs de l'augmentation de la CSG qui va réduire le montant des retraites des plus aisés (plus de 1200€/mois...).

Ce PLFSS tourne le dos aux besoins d'une sécurité sociale faisant face aux défis d'aujourd'hui. La CGT propose une vision profondément différente : une reconquête de la Sécurité sociale, socle de la protection sociale qui conjugue le travail, la santé au travail, la santé publique. Cela nécessite d'aller d'une culture réparatrice, redistributrice, compensatrice, avec une démarche de prévention, d'éducation et de promotion du travail et de la santé. C'est le sens de la sécurité sociale professionnelle que propose la CGT. Elle invite à passer d'une conception à forte connotation assurantielle vers une conception qui place le travail au centre de nouvelles garanties collectives.

Dans ce PLFSS, la santé est une marchandise

Lexique :

PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale

HPST : Hôpital, Patient, Santé, Territoire

ONDAM : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie

T2A : Tarification à l'Activité

MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHS : Groupe Homogène de Séjour

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

FIR : Fond d'Intervention Régional (anciennement MIG-AC)

ARS : Agence Régionale de Santé

SSR : Soins de Suite et de Réadaptation

LPFP : Loi de Programmation des Finances Publiques