

PLFSS 2024 : Austérité à tous les étages



Les **Lois de Financements de la Sécurité Sociale** issues du Plan Juppé de 1996 ont toujours eu comme objectifs la rationalisation et l'austérité dans une logique de financiarisation de la Sécurité Sociale et ce PLFSS 2024 n'y déroge pas. Avec un ONDAM (**O**bjectif **N**ational de **D**épenses d'**A**ssurance **M**aladie) qui augmente seulement de 3,2% alors que l'inflation a été évaluée à 5,8% en août dernier et que les établissements publics sont déjà dans l'asphyxie, ce PLFSS est annonciateur d'une situation catastrophique dans le champ de la santé.

Les victimes seront un fois de plus les malades avec une attaque sans précédent contre les arrêts de travail et un accès aux soins toujours plus dégradé.

Austérité budgétaire: c'est au malade de payer car il est responsable !

Le gouvernement continue à légitimer sa politique d'austérité en rendant les malades responsables de la dégradation de la situation financière du système. Ainsi en 2021, il a instauré un « forfait urgences » sous prétexte qu'il fallait responsabiliser les patients qui allaient aux urgences pour des problèmes de santé qui n'en relevaient pas. C'est la même logique qui sous-tend ce PLFSS à travers plusieurs mesures où la suspicion d'abus (les arrêts maladie) ou de mauvaises pratiques (« stocks de médicaments », urgences dentaires) est mis en avant. Cette responsabilisation des malades n'a qu'un objectif leur faire payer une politique libérale qui profite au patronat, aux assurances et établissements privés ainsi qu'aux laboratoires pharmaceutiques qui veulent continuer à s'engraisser

Attention ! même si les augmentations **des franchises médicales** ne sont pas présentes dans ce PLFSS, elles ne sont pas pour autant abandonnées par le gouvernement qui selon l'AEF veut les faire passer avec des modifications réglementaires dans un second temps : « *« Si le doublement des franchises médicales sur les médicaments et les consultations des médecins, qui devaient rapporter à peu près cette somme, n'est pour l'instant pas inscrit au PLFSS, il reste à l'ordre du jour, et pourrait être mis en œuvre «par voie réglementaire» indique le cabinet d'Aurélien Rousseau, Ministre de la Santé »*

Les arrêts maladies dans le viseur

L'article 27 du PLFSS acte une attaque sans précédent en donnant la main au médecin contrôleur de l'employeur pour saisir la Sécurité sociale et suspendre les indemnités journalières. Outre le fait d'accentuer la pression sur les professionnels de santé afin qu'ils ne prescrivent plus d'arrêts maladie le gouvernement à travers cet article s'attaque aux fondamentaux de la Sécurité sociale.

C'est l'indépendance même de la Sécurité sociale qui se voit remise en question puisque ce ne seront plus ses médecins conseils de la sécu qui évalueront si les arrêts maladies sont justifiés ou non mais les médecins diligentés par l'employeur.

Ce sont les médecins des employeurs qui effectueront les contrôles et qui sous 72 heures remettront leurs conclusions à la Sécurité sociale.

A partir du moment où le médecin employeur indiquera dans ses conclusions que l'arrêt de travail n'est pas justifié, les services administratifs de la Sécurité sociale devront suspendre les indemnités journalières.

Plus grave : « *dans le cas où le médecin diligenté par l'employeur a estimé que l'arrêt de travail est justifié pour une durée inférieure à celle fixée par le médecin prescripteur, la suspension prend effet à l'échéance de la durée retenue par le médecin diligenté par l'employeur ».* article 27 . Les malades devront alors rembourser les indemnités journalières pour les périodes d'arrêt estimées non justifiées par le médecin de l'employeur, ce qui va engendrer des situations de grandes précarités.

Cet article met les arrêts maladies et leur indemnisation sous contrôle du patronat. Un premier pas a été franchi avec l'ANI AT/MP du mois de juin dernier qui lui donnait déjà à travers la création d'un conseil d'administration tout pouvoir sur les accidents de travail et les maladies professionnelles. C'est un pas de plus qui rejoint la recommandation de la Cour des Comptes qui dans son rapport sur la Sécurité sociale 2022 préconise la création d'une branche unifiée pour le versement des indemnités journalières maladie et AT/MP mais dissociée de la branche maladie réduite à la seule prise en charge des « frais de santé ».

Comme nous l'avons déjà écrit, une telle réforme aurait pour conséquences de faire disparaître la question de la sous déclaration des AT, de laisser le libre champ au patronat sur l'ensemble des arrêts de travail et de dissocier définitivement la question de la prise en charge de la santé (frais de santé, accès aux soins) de la question de la santé au travail.

Cela est à rattacher avec l'article 39 qui remet en cause « la faute inexcusable de l'employeur » en AT/MP sous couvert d'améliorer l'indemnisation des rentes.

En fait, ce n'est pas par altruisme que le gouvernement veut améliorer l'indemnisation des rentes AT/MP car cette mesure s'impose à lui par une jurisprudence de la Cour de cassation qui redéfinit le caractère dual (préjudices économiques et extra-professionnels) de la rente et l'évolution de son calcul. Le gouvernement profite en fait de ce PLFSS pour remettre en cause la « faute inexcusable de l'employeur » en AT/MP et son financement intégral des conséquences dont la rente fait partie, en évoquant le risque de faillite pour certains. Là encore cette mesure si elle s'applique serait un recul sans précédent.

L'attaque contre les arrêts de travail en maladie ne s'arrête pas là.

Alors que la **télé-médecine (article 28)** continue à être mise en avant par le gouvernement comme La « réponse à l'accès aux soins » alors qu'elle est avant tout la réponse à la pénurie de médecins, cet article limite les arrêts prescrits par les médecins en télé-médecine à trois jours. Il est noté que si l'état de santé s'aggrave, le patient devra alors voir un médecin physiquement. Concrètement il y a très peu de chance que ce patient puisse obtenir un rendez-vous avec un médecin en physique à l'issue de ces trois jours d'arrêt. Il ne sera donc pas prolongé s'il y a aggravation de son état !!!

Enfin, de façon plus détournée l'article 25 conduit également à limiter les arrêts de travail puisqu'il instaure une prise en charge des **angines et cystites** par les pharmaciens. Il n'y aura donc **plus de possibilité d'arrêt maladie** pour ces deux pathologies puisqu'un pharmacien ne peut en délivrer !!!

D'autres mesures qui concernent la santé dans ce PLFSS vont contribuer à une dégradation de la prise en charge des malades toujours considérés comme responsables :

L'article 22 renforce les « parcours coordonnés » qui ont pour objectif de diminuer au maximum l'hospitalisation. Il y aura notamment un renforcement de ces parcours pour la rééducation cardiaque en centre-ville en alternative à une hospitalisation en soins médicaux de réadaptation (SMR). Ces parcours coordonnés dont l'objectif principal est de faire des économies dégradent la prise en charge et un suivi sécurisé à l'hôpital des malades.

L'article 24 met en place une « régulation » qui restreint l'accès aux permanences des soins dentaires d'urgence les dimanches et jours fériés. Là encore les malades sont visés, suspectés d'engorgés le SAMU-centre 15 relevant de l'odontologie. La pénurie de chirurgiens dentiste n'y est évidemment pour rien !!!

L'article 26 entérine la délégation aux « infirmiers qualifiés en santé au travail » des examens médicaux de renouvellement d'aptitude des salariés agricoles. Cet article participe à la remise en question du rôle des médecins du travail et contribue à la gestion de la pénurie de médecin par le bas.



Les transports partagés rendus quasiment obligatoires par l'article 30 car s'il y a un refus du malade, ce dernier ne pourra pas bénéficier d'avances de frais et le remboursement se fera sur la base du transport partagé.

Article 44 : Baisse des financements des différents dispositifs dédiés à l'amiante sous couvert d'une baisse de dossiers. La complexité de monter les dossiers est un frein à la véritable reconnaissance de l'ensemble des travailleurs exposés encore aujourd'hui à l'amiante

Les médicaments : un cadeau de plus aux labos

Avec l'**article 11 qui concerne la clause de sauvegarde, c'est un cadeau de plus fait aux laboratoires pharmaceutiques.** Concrètement, au-delà d'1,6 milliards de chiffre d'affaire les laboratoires doivent reverser à l'assurance-maladie une taxe. Le gouvernement dans ce PLFSS a décidé de modifier cette clause de sauvegarde en la faisant reposer sur les montants remboursés par l'assurance maladie et plus sur le chiffre d'affaires des laboratoires, c'est une économie évaluée à 35 % de bénéfices pour ces derniers. Ce sont les gagnants de ce PLFSS !!!

L'article 32 étend la possibilité de faire ses propres préparations de médicaments en cas de pénurie ou de retraits de commercialisation aux **officines de ville** (irréalisable pour la majorité de ces derniers).

Dans l'article 33 qui instaure **la délivrance de médicaments à l'unité**, le gouvernement n'hésite pas là encore à légitimer cette décision en stigmatisant les patients suspectés de « faire des stocks ». C'est ouvertement une **déresponsabilisation des laboratoires pharmaceutiques qui sont bien ceux qui imposent ces pénuries dans l'unique but d'augmenter leurs profits.**

L'article 35 quant à lui conforte l'accès dérogatoire à certains traitements innovants pour des patients atteints de maladies graves et dans une impasse thérapeutique.

Enfin **l'article 36** facilite les dispositifs de **reprise des droits de production de médicaments** qui ne sont plus commercialisés par une autre entreprise.

Un pas de plus vers une privatisation de la santé :

Transformation en profondeur du financement des établissements de santé (article 23) Le gouvernement maintient la T2A (financement à l'activité) et veut aller plus loin dans sa logique de rationalisation de la santé. Il va segmenter les « activités » des établissements de santé en trois parties et créer une nouvelle modalité de financement de ces établissements par dotation. Cette modification concernera pour le PLFSS 2024 la MCO (**M**édecine **C**hirurgie **O**bstétrique)

Concrètement, il s'agit d'un financement mixte (à l'activité et par dotation) autour de trois sortes d'activités :

- Les activités standards : financement à l'activité
- Les activités répondant à des objectifs de santé publique. Dotations spécifiques. Missions telles que la prévention, les coordinations de parcours.
- Les activités de soins aigus, spécifiques : financement mixte, à l'activité et par dotation identifiée.

La tarification à l'activité est un outil qui induit une gestion productiviste dans les établissements. Elle rémunère l'activité produite sur la base de tarifs pré définis en fonction des pathologies et des durées de séjours. Est introduit dans ce PLFSS **un financement mixte** c'est-à-dire que la tarification à l'activité n'est pas remise en cause et peut être complétée par **des dotations correspondant à des objectifs de santé publique**.

Qui dit objectifs dit résultats alors que la santé ne peut pas être soumise à des règles de gestion privée. Certaines activités apparaîtront donc comme moins rentables que d'autres et seront sanctionner financièrement puisque nous sommes dans une enveloppe fermée. Ce changement profond va encore plus creuser le fossé entre les établissements publics et privés lucratifs et dégrader la prise en charge des malades. Rappelons qu'un financement à l'activité signifie une standardisation de l'acte qui contraint le professionnel à ne plus pouvoir assurer certaines tâches pourtant essentielles au malade (toilette, habillement...)

C'est le premier pas vers une généralisation de ces transformations du financement des établissements de santé et vers une privatisation du système.

Le déficit des hôpitaux en 2022 devrait plus que doubler par rapport à la situation antérieure à la pandémie passant de 500 millions d'euros à 1 milliard d'euros. Situation qui va s'aggraver en 2023, avec une explosion des coûts de l'énergie de 130% en moyenne pour les hôpitaux publics. Plutôt que de donner les moyens aux établissements publics qui remplissent une mission vitale pour la société, le gouvernement maintient l'austérité et renforce des logiques de gestionnaire. Le résultat pour les malades risque d'être catastrophique et dramatique, en témoigne l'actualité dramatique de ces dernières semaines avec la fermeture des urgences.



L'article 37 modifie le financement des Ehpad. Le PLFSS veut modifier le financement tripartite Soins (sécu) autonomie (département) et hébergement (personne) des Ehpad en regroupant le financement des soins et de l'autonomie sous la 5ème branche de la sécurité sociale avec un transfert de financement des départements. Une centralisation de ce financement laisse penser que c'est une refonte de l'APA qui se profile. Comme pour le financement des établissements de santé cette modification de financement se fait dans une enveloppe contrainte et fermée ce qui signifie moins de moyen pour la perte d'autonomie.

Rappelons qu'aujourd'hui 85% des Ehpad du public étaient en déficit fin 2022, deux fois plus qu'en 2019 et que 80% des Ehpads publics et associatifs n'ont pas bouclé leur budget en 2022.

Ces modifications de financement sont donc loin de répondre à l'enjeu du financement des Ehpad, pire, elles risquent de l'aggraver.

Mais le gouvernement a la solution en misant sur le virage domiciliaire car moins coûteux. Là encore un maintien à domicile sans moyens qu'ils soient humains et matériels peut rapidement conduire à des situations catastrophiques.

Des mesures de prévention au rabais

Grand axe mis en avant par le gouvernement, la prévention. Mais ne nous y trompons pas, il s'agit d'un saupoudrage de mesures au rabais comme la gratuité des préservatifs qui s'applique déjà et qui est peu utilisée car la marque de préservatif gratuite est de mauvaise qualité et peu fiable. De même le rendez-vous de prévention sera délégué à d'autres professionnels que les médecins. Les mesures :

- **Vaccination contre le papillomavirus dès 11 ans (article 17)**
- **Accès aux préservatifs gratuits pour les moins de 26 ans (article 18)**
- **Prise en charge des protections hygiéniques réutilisables (article 19)** *pour les assurées de moins de 26 ans avec une prise en charge à hauteur de 60% complétés par les complémentaires. Prise en charge à 100% pour les bénéficiaires de la C2S.*
- **RDV de prévention à des âges clés (article 20)** : *A des âges clés, prise en charge à 100%. Pourront être faits par des médecins, infirmiers, sage-femmes, pharmaciens.*

Deux articles sont consacrés à la retraite :

L'article 8 qui confirme l'arrêt du transfert du recouvrement des cotisations sociales de l'AGIRC/ARRCO vers la Sécurité sociale.

L'article 9 qui entérine la suppression des régimes spéciaux en mentionnant que les nouveaux embauchés ne bénéficieront plus des départs anticipés mais devront se tourner vers le C2P (compte professionnel de prévention) qui sera financé par les régimes auxquels ils sont affiliés. Rappelons que l'objectif du C2P n'est pas de compenser la pénibilité par des départs anticipés à la retraite mais par des mesures de reconversions professionnelles.

Les régimes supprimés seront financièrement intégrés à compter du 1^{er} janvier 2025 au régime général de Sécurité sociale dans un objectif d'équilibre financier de ces régimes. Sachant que progressivement il y aura de moins en moins de cotisations du fait de leur fermeture et qu'aujourd'hui les régimes tel que la SNCF, RATP, IEG ont un transfert de 7 milliards de subventions publiques, ne serait-ce pas un tour de passe-passe du gouvernement pour faire payer à terme la fermeture des Régimes Spéciaux au régime général de la Sécurité sociale.

De plus des mécanismes sont mis en place qui faciliteront à terme le transfert de l'AGIRC/ARRCO vers le régime général dans un but d'équilibre du système.

Il en va de même dans l'article 10 dans lequel le gouvernement profite de ce PLFSS pour ponctionner des fonds de l'UNEDIC afin de financer la contre-réforme « France Travail ».

En conclusion, un PLFSS très axé sur la santé (pas une ligne sur la famille) qui ne répond en rien à la pénurie de médecin, bien au contraire, il accélère la délégation à d'autres professionnels et accélère la privatisation des établissements de santé en réformant son financement.

Les seuls cadeaux concédés sont en direction des laboratoires pharmaceutiques qui une fois de plus tirent leur épingle du jeu et le patronat à travers la remise en cause de la faute inexcusable de l'employeur en AT/MP.

La décision du gouvernement de transférer le contrôle des arrêts de travail aux employeurs est un recul social majeur.

Le gouvernement, à travers ce PLFSS, applique une fois de plus une politique ultra libérale de destruction de la Sécurité sociale qui répond aux vieux souhaits du patronat d'en finir avec ce qu'il reste du Conseil National de la Résistance.





LA SECU

C'EST POUR LA VIE

**LA RÉGRESSION SOCIALE
NE SE NEGOCIE PAS
ELLE SE COMBAT**

CGT ORGANISMES SOCIAUX