
[PLFSS 2021 : 24e acte de la destruction de la Sécu](#)

Le 07-11-2020

[Télécharger ou imprimer au format PDF](#)

Image

Par le Parti de la démondialisation

Le 7 novembre 2020

« Je veux que le système de santé préviene, protège et accompagne le parcours de vie de chacun de nos concitoyens. » Ainsi tweetait Emmanuel Macron en septembre 2018...

Il y a loin de la coupe aux lèvres, c'est le moins qu'on puisse dire... Mais on ne va pas se contenter du moins !

Dans la série les marronniers (1), novembre ouvre la saison du projet de financement de la Sécu. Un rite macabre en quelque sorte. Le 24^e PLFSS.

L'examen du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2021 (PLFSS) à l'Assemblée nationale a débuté le 20 octobre 2020 et il a été adopté le 27 octobre 2020 (2). L'examen se poursuivra au Sénat à partir du 9 novembre 2020. Saisir l'importance de ce projet, qui deviendra la loi sur le financement de la Sécurité sociale (LFSS), c'est s'intéresser de près à la politique de santé et de protection sociale. Autrement dit s'intéresser à nos affaires !

Outre que ce budget est déjà dépassé puisqu'il ne prend pas en compte les conséquences des dernières mesures de reconfinement décidée fin octobre, sans surprise il ne fait que consolider les politiques menées par tous les gouvernements depuis plus de 30 ans : la décapitation de la Sécu qui fut créée après la Libération sur la base du programme du Conseil national de la Résistance.

Fondée sur le « salaire différé » traduit en termes de cotisations sociales, la Sécurité sociale a, en effet, réalisé l'égalité de tous les assurés dans le droit à l'accès aux soins. Elle fut conçue sur le principe de solidarité : « *Chacun cotise selon ses moyens, chacun bénéficie des soins selon ses besoins* », pour « *Garantir les travailleurs et leur famille contre les risques et aléas de toutes natures* » (maladie, accident du travail, vieillesse, famille dont la maternité...).

Depuis sa création les attaques du patronat n'ont pas cessé, à coup d'ordonnances et de réformes, de grignoter pas à pas ce considérable acquis social.

En ces temps de confinement-reconfinement au nom de la pandémie de la Covid-19, c'est encore plus crucial que d'habitude que de se pencher sérieusement sur le PLFSS qui a vu le jour en 1996. Car ce rituel automnal, organisé en parallèle de l'examen de la loi de finances, n'a pas toujours existé. A l'origine, la Sécurité sociale était gérée par les salariés et leurs représentants élus par les Français. Au fil des réformes, ordonnances et autres décisions prises en dehors de la consultation des cotisants, la gestion de la Sécu a basculé dans les mains de l'Etat qui, lui-même, tombait dans les bras de l'Union européenne, plongeant la solidarité et l'égalité dans les miasmes de l'eurolibéralisme et du libre-échange. Loin, si loin de cotiser selon ses moyens et d'en bénéficier selon ses besoins. Bref, depuis 1996, la loi Juppé a construit le dispositif légal pour faire main basse sur la Sécu en instituant ce PLFSS qu'aucun gouvernement n'a jamais remis en cause.

Vous pensez qu'on exagère ? Non ! loin de là. Prenez le temps de mieux emboîter les pièces du puzzle. La période est favorable si l'on peut dire... Chacun sent bien que si la population est mise sous contrôle serré c'est d'abord parce que le système de santé public ne répond plus aux besoins. Il a été affaibli sous la pression de l'Union européenne avec la complicité des gouvernements de droite et de gauche au nom de la rentabilité et de la liberté de la concurrence et pour satisfaire les appétits délirants du néolibéralisme. Une entreprise de grignotage continu est en cours. Toujours les mêmes techniques employées, les mêmes que pour tuer les services publics : affaiblir, appauvrir, priver progressivement de ressources nécessaires puis faire

le constat public que ce système est à bout de souffle, qu'il faut bien l'admettre « ça ne peut plus fonctionner comme avant », qu'il est indispensable « d'innover », de « repenser l'organisation », de « moderniser ». Et les fruits finiront bien par tomber, directives après ordonnances et PLFSS après PLFSS. Alors il suffit au secteur privé capitaliste de la santé, déjà bien dopé au PPP (partenariat public privé), à la tarification à l'acte, à la promotion des opérations en ambulatoire, notamment, de ramasser les bénéfices tandis que l'hôpital public, endetté, ruiné, sous-équipé, souffrant depuis des décennies d'un manque chronique de personnel, ne parvient plus à respirer. Ainsi fleurissent les cliniques et les hôpitaux privés qui accueillent les patients démunis d'hôpital public de proximité fermé au fil des ans...

Mais pourquoi donc cette lente et terrible destruction est-elle possible ? Qui l'a laissée faire ? Qui en est responsable ? Comment a-t-elle été possible ? Si l'on veut inverser radicalement le phénomène de mort lente, que faire ?

Dans un texte titré « La facture de Maastricht » (3), Michel Onfray apporte des éléments clés, faisant le lien entre reconfinement, santé publique et Union européenne. « *Maastricht, c'est le nom de la politique qui a détruit l'hôpital public depuis plus d'un demi-siècle au vu de sa rentabilité que les banquiers estimaient insuffisante. Si le confinement a lieu aujourd'hui, ne nous y trompons pas, c'est moins pour la santé des Français que pour ne pas engorger les hôpitaux détruits par les mitterrandiens [...] les chiraquiens, les sarkozystes, les socialistes, les hollandistes, les macroniens et tous ceux qui, PCF, Verts et autres, se sont associés à ceux-là pour de pures raisons électoralistes - je n'oublie pas non plus Dupont-Aignan, qui, entre postes et mandats au RPR et à l'UMP, fut vingt ans l'associé de ces gens, tout comme le patron de l'actuelle France Insoumise. Ils sont tous, j'écris bien : tous, responsables de l'état de délabrement dans lequel se trouve la santé publique, l'hôpital - à quoi il faudrait ajouter : l'éducation nationale, la police nationale, la gendarmerie nationale, la défense nationale puisque "la nation c'est le nationalisme et que le nationalisme c'est la guerre" répètent en chœur les crétins qui emboitent le pas à Mitterrand qui, du haut de sa francisque, avait débité cette fieffée stupidité devenue premier article du catéchisme maastrichtien... »*

Déjà, en 2012, un communiqué de la CGT 94 dénonçait : « *Le PLFSS [2013] s'inscrit dans la règle d'or, le retour à l'équilibre du budget de l'État et de la Sécurité Sociale, tout en bloquant ou diminuant les cotisations employeurs. Ratifier ces textes, encourager avec A. Merkel, les politiques d'austérité en Grèce, en Espagne « qui font les efforts nécessaires »... entraîne à s'orienter dans la même voie en France. »*. Les Grecs en font toujours la plus cruelle expérience...

PLFSS et LFSS : au fait, c'est quoi, pour quoi faire ?

Allons aux sources, le texte officiel ci-dessous :
<https://www.vie-publique.fr/fiches/21969-les-lois-de-financement-de-la-securite-sociale-lfss>

« *La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) est une catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996 (tiens, tiens, la Constitution, NDLR...).* **Elle vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé.** Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

Il faut bien souligner qu'il s'agit de loi de financement et non de finances, ce qui indique clairement que la LFSS n'est pas de la même nature que les lois de finances de l'État ; notamment, elles n'ont pas de portée budgétaire.

Parmi les éléments clés figurant dans une LFSS, il faut citer l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM). Comme son nom l'indique, il s'agit d'une simple norme d'évolution de la dépense, et non d'une enveloppe budgétaire limitative (dont on comprend aisément l'impossibilité, puisqu'elle impliquerait de cesser les remboursements aux assurés une fois le plafond de l'enveloppe atteint). »

La LFSS est votée par le Parlement tous les ans, en même temps que la loi de finances (LF) déterminant

le budget de l'État. Elle doit être déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre. Le Parlement doit se prononcer dans les 50 jours, sinon le PLFSS peut être adopté par voie d'ordonnance. Elle peut aussi être modifiée en cours d'année par une LFSS rectificative.

Depuis 1996, le Parlement a donc un droit de regard sur l'équilibre financier de la sécurité sociale. Il peut se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de sécurité sociale, ainsi que sur leur mode de financement.

Mais ce contrôle reste limité. Le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer lui-même les recettes de la sécurité sociale. La LFSS n'autorise pas la perception des recettes, elle ne fait que les prévoir. De même, les objectifs de dépenses, votés par le Parlement, évaluent les dépenses mais ne les limitent pas. »

Mais ce serait une erreur de ne pas également mentionner la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale (LOLFSS) **du 2 août 2005 qui a réformé les LFSS.**

<https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000017758743/>

Elle en a modifié la présentation en la rapprochant de celle des Lois de Finances (LF), a accru les pouvoirs du parlement, notamment en élargissant le champ des LFSS, a inscrit les prévisions dans un cadre pluriannuel **et introduit une démarche "objectifs-résultats", sur le modèle des LF...**

La ritournelle néolibérale

Bref, les orientations restent les mêmes. Le PLFSS 2021 ne trahit pas la tradition depuis 24 ans ! Nous avons affaire à un projet qui transcrit les GOPE (Grandes orientations de politique économique) de l'Union européenne. Pour mémoire des « recommandations » personnalisées sont publiées chaque année afin que chaque pays agisse dans des délais fixés en faveur de la mise en œuvre des orientations de l'Union européenne. Ceci concerne tous les domaines. La protection sociale n'y échappe pas. On l'a bien vu pour les retraites... L'air est toujours le même et les paroles aussi : « maîtrise » des dépenses sociales, contrôle du pouvoir d'achat des salariés, préservation des profits des multinationales et soumission de l'Etat à la stratégie des grands monopoles transnationaux financiarisés.

La CGT 94, dans un communiqué en 2012, s'inquiétait que « *La réforme systémique des retraites risque de revenir car l'Union européenne (livre blanc, février 2012) demande dans tous les pays des réformes de la Sécurité Sociale (dont la branche retraites) sur le « modèle de la Grèce, Espagne, Portugal, République tchèque. Axes : les retraites vont baisser, 62 ans c'est beaucoup trop jeune pour la retraite, le financement doit inclure beaucoup plus d'assurances privées, de capitalisation.* » Les faits lui ont donné raison mais rien n'a arrêté le rouleau compresseur de l'Union européenne ni la complicité des gouvernements de droite comme de gauche.

Les principales mesures du PLFSS 2021

- Le total des dépenses de la Sécurité sociale s'élève à 551 milliards en 2021 et les recettes à 525 milliards, soit un "déficit" de 26 milliards, le fameux « trou » de la Sécu dont on nous rebat les oreilles depuis des lustres tout en passant sous silence la diminution des recettes sous les coups de boutoirs du chômage de masse, de l'exonération de cotisations patronales notamment. Si les employeurs payaient leurs dettes et des cotisations pour tous les emplois (comme cela fut le cas pendant des décennies), si le chômage était résorbé et si les cadeaux faits d'année en année au patronat (exemption de "charges sociales ?) étaient supprimés, la sécu serait en large excédent ! A quand le remboursement des 40 milliards indument touchés grâce au CICE qui n'a engendré pratiquement aucun emploi ?

- L'ONDAM (Objectif national des dépenses d'Assurances maladie) est fixé à 215 milliards (dépenses de santé des établissements de santé et de la médecine de ville).

- Les financements des "accords" du Ségur de la santé (5,8 milliards), les mesures prises du fait de la première crise sanitaire Covid 19, pour 4,3 milliards, et le plan « Ma Santé 2022 » adopté en 2019 sont intégrés (4).

- Une « cinquième branche », dite *Autonomie*, est créée, gérée par la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Elle sera financée par la CSG (donc l'impôt) pour un montant de 5,8 milliards.

- Les hôpitaux sont encouragés à créer un « hébergement non médicalisé » en amont et en aval de l'hospitalisation. Il s'agit en réalité « d'hôtels de soins » post-hospitaliers, privés, destinés à faire baisser les durées moyennes de séjour en hôpital et ainsi d'en réduire les dépenses (*mais qui paiera alors ?*). C'est la continuation de la politique de réduction des capacités poursuivie depuis plus de 30 ans sous prétexte de « virage ambulatoire ». 68 000 lits ont ainsi été liquidés depuis 1990.

- Le gouvernement fait grand bruit de l'allongement à 28 jours du congé de paternité, ainsi que de la prime aux personnels des SAAD (Services d'aide et d'accompagnement à domicile des personnes âgées et handicapées) pour un montant de 80 millions d'euros (avec contribution des départements à la même hauteur), mais passe sous silence le nouveau « forfait patient urgences » de 18 euros. Les patients se présentant aux urgences qui ne seront pas hospitalisés devront en effet régler ce forfait (FPU) censé les décourager de se rendre dans les services d'urgences.
- Le gouvernement fait grand cas aussi de l'ASI (Allocation supplémentaire d'invalidité), portée à 800 euros/mois mais est discret sur la prolongation de la dette sociale pendant 13 ans ! Les contribuables payeront donc par l'intermédiaire de la CRDS (Contribution pour le remboursement de la dette sociale), le financement de la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale).
- Nous ne sommes évidemment pas surpris que l'Assemblée Nationale ait adopté ce PLFSS en première lecture. Malgré la crise économique du capitalisme, malgré la crise sociale et l'augmentation du chômage et de la pauvreté, malgré la crise sanitaire causée par l'impéritie de ce pouvoir qui avoue son incompétence en re-confinant pour la deuxième fois la population, c'est la même politique qui est poursuivie ! Au lieu de créer des lits de réanimation, de décréter un plan d'urgence de formation de personnels médicaux et infirmiers pour faire face à la pandémie, la politique de « gouvernance » par la peur et par le « new public management » est maintenue de façon aussi coupable que catastrophique ! Le pays saura s'en souvenir...

Car aujourd'hui ce qui claque au visage de tous, c'est le degré de déliquescence du système de la protection sociale. Chacun perçoit le gouffre qui sépare la Sécurité sociale d'aujourd'hui de celle qu'avait conçu le CNR et qui a fonctionné de 1946 à 1967.

Avant 1967, les membres des Caisses de Sécurité sociale étaient élus par les salariés et le patronat n'y siégeait pas. C'était cohérent avec la conception même de la Sécu puisqu'il s'agissait de gérer l'argent du travail des salariés ! Ceux-ci avaient un pouvoir de décision réel, dans le cadre des orientations nationales. Après 1967, ce fut le CNPF/MEDEF qui gagna le droit de décider deux fois : une première par ses féaux au gouvernement et à l'Elysée, entièrement soumis à l'Union européenne et au libre-échange, une seconde au sein des Caisses puisque le MEDEF peut y régner en maître avec la complicité de plusieurs syndicats adeptes du dialogue social !

NOTES

(1) *Marronnier* : Petit article de journal sur un événement qui se reproduit à date fixe (départs en vacances, muguet du 1er mai...) Cf. *Larousse*.

(2) *Texte*

projet

de

loi

PLFSS : http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15t0490_texte-adopte-seance#

(3) **Les factures de Maastricht, de Michel Onfray** : <https://frontpopulaire.fr/o/Content/co284682/les-factures-de-maastricht>

(4) **Ma santé 2022**: <https://www.ars.sante.fr/ma-sante-2022-les-grandes-mesures-inscrites-dans-la-loi>

Liste des principales remises en cause des principes fondateurs de la Sécu

Toutes les mesures prises ont pour objectif de détruire les bases de la Sécurité sociale et de leur substituer un système individualisé sur le modèle anglo-saxon. Lentement mais sûrement... hélas !

En 1967, les ordonnances du général de Gaulle instaurent la séparation des risques dans l'objectif de « contenir » les dépenses de santé. L'unité de la Sécu est ébréchée.

En 1972, l'instauration du *numerus clausus* limite le nombre de médecins formés chaque année. On en mesure les conséquences avec la désertification médicale.

En 1983, le gouvernement Mitterrand - Mauroy - Bérégovoy - Ralite institue le budget global et le forfait hospitalier.

En 1990, le gouvernement Mitterrand- Rocard impose la CSG en utilisant l'article 49-3. C'est le début du processus de fiscalisation de la protection sociale : l'impôt se substitue partiellement aux cotisations de la Sécurité sociale.

En 1995, le gouvernement promulgue par ordonnances le plan Juppé qui place les dépenses de la Sécurité sociale sous la tutelle du Parlement. Ainsi, les gouvernements ont les mains libres pour engager la politique de « réduction des coûts » dictée par l'Union européenne. Pour cela est instauré l'Ondam (Objectif national des dépenses de l'assurance maladie), machine infernale pour rationner les soins et le budget des hôpitaux.

En 2003, la tarification à l'activité (T2A), instaurée par la LFSS n° 2003- 1199 du 18 décembre 2003, est un des points clés du plan de rénovation des établissements de santé lancé par J.F. Mattei, ministre chargé de la Santé, dans ce qu'il a dénommé le plan « Hôpital 2007 ». Lire l'article où le professeur Grimaldi prend la parole en 2012 :

<http://leplus.nouvelobs.com/contribution/517294-la-loi-bachelot-a-fait-...>

En 2009, le gouvernement Sarkozy-Fillon fait adopter la loi Bachelot (loi hôpital, patients, santé, territoires), transcription de la directive Services de l'Union européenne, elle met en place les ARS (agences régionales de santé). Celles-ci disposent de pouvoirs étendus sur la politique de santé dans chaque région, sur l'hôpital public, les établissements de soins privés, la médecine de ville et pour la première fois sur la Sécurité sociale et son budget. Cette loi ouvre la voie à la régionalisation des accords conventionnels des médecins et autres professions de santé et prépare la rupture de l'égalité de l'accès aux soins sur tout le territoire national.

De 1995 à 2016, les patrons ont bénéficié d'exonérations de cotisations sociales pour la somme faramineuse de 445 milliards d'euros auxquelles se sont ajoutés les 40 milliards du CICE. Ce que dénonçait la CGT du Val de Marne dans un communiqué en 2012 à propos du PLFSS 2013 : « *Depuis 1992, date de début de cette politique, le cumul des exonérations de « charges » (les cotisations sociales « patronales », partie socialisée du salaire) dépassera en 2013 les 400 Mds €, intérêt des dettes ainsi créées non comprises !* »

En 2015, la loi Touraine renforce encore le contrôle de l'État sur toutes les dépenses de santé et en particulier sur les hôpitaux en les obligeant à se regrouper dans des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Cette mise en place des GHT donne un coup d'accélérateur aux restructurations et fermetures d'hôpitaux : 850 hôpitaux de notre pays sont fusionnés en 135 GHT. L'objectif annoncé alors est de

4,1 milliards d'économies sur les dépenses hospitalières pour les seules années 2015-2017 avec, pour conséquence, la suppression de 22 000 postes d'hospitaliers et de 16 000 lits, selon les fédérations syndicales.

Pour y parvenir, le gouvernement asphyxie financièrement les hôpitaux qui cumulaient déjà en 2015 un déficit global de 411 millions d'euros et les oblige à négocier des contrats de retour à l'équilibre financier entraînant la fermeture de services entiers et des milliers de suppressions de postes.

La loi de financement de la Sécurité sociale de 2016 introduit la notion de « prise en charge des frais de santé », en rupture avec l'accès de tous aux soins basée sur le salaire différé, fondement de la Sécurité sociale. Cette même loi comporte un article limitant des remboursements pris en charge par les mutuelles et assurances santé, dans le cadre des contrats solidaires et responsables. 98 % des contrats souscrits appartiennent à cette catégorie. Ainsi, la plus grande partie des dépassements d'honoraires, auparavant pris en charge par les mutuelles, restent aux frais des assurés.

Ce fameux « reste à charge » n'a cessé d'augmenter pour les usagers depuis ces dernières années : déremboursement de médicaments pourtant toujours prescrits, forfait de 0,50 centimes sur chaque boîte de médicament prescrit et sur chaque acte médical, dépassement d'honoraires autorisés, notamment ceux des spécialistes, non remboursés par la Sécurité sociale et partiellement remboursés par les mutuelles et assurances, complémentaires santé rendues obligatoires pour les salariés moyennant leur participation financière, mais rien pour les chômeurs, précaires...

2019 : Loi Buzyn d'Organisation et de transformation du système de santé Elle crée :

- Les « Communautés professionnelles de territoire ». 1 000 d'ici 2022. Les PTS (Projets territoriaux de santé) devront les prévoir, ainsi que les GHT, qui devront fixer les parcours de soins en conséquence.

- Une « offre hospitalière de proximité ». Il s'agit de transformer 5 à 600 hôpitaux locaux en les privant de chirurgie et de maternités. Le gouvernement pourra légiférer par ordonnance. Il pourra ainsi supprimer ou modifier à sa guise les autorisations déjà acquises d'équipements lourds et d'activités ! Il pourra faire fusionner d'autorité des GHT, des établissements, transformer des centres hospitaliers en « hôpitaux de proximité » sans chirurgie ni maternité, et cela « pour mieux répondre aux besoins » ! De nombreux établissements hospitaliers seront ainsi transformés en EHPAD (Etablissement hébergeant des personnes âgées dépendantes). Ainsi, après les lois travail de Macron qui ont déjà supprimé en 2017 les CTE (Comités techniques d'établissement) et les CHSCT (Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) en les fusionnant en CSE (Comité social et économique), et après avoir par cette mesure supprimé la moitié des délégués du personnel, Macron foule aux pieds le reste de la démocratie sanitaire en légiférant par ordonnances !

- Le SNDS (Système national des données de santé). Ce système sera géré par un GIP (Groupement d'intérêt public) appelé « Plateforme des données de santé », qui élaborera un rapport annuel soumis au Parlement. Un Comité éthique et scientifique lui sera adossé. Chaque patient sera « doté » d'un espace numérique où il pourra théoriquement construire son parcours de soins avec les professionnels concernés. Il y a lieu de s'inquiéter de ce dispositif qui verra toutes les données administratives des patients, leurs dépenses, leurs données médicales, leurs parcours de soins, être partagés avec nombre de professionnels et d'instances. Quelle confidentialité sera alors garantie ?

- Le déploiement de la « télé-médecine » et des « télé-soins » (patients-médecins-pharmaciens-auxiliaires de santé-Sécurité sociale). Dans ce domaine aussi le gouvernement pourra légiférer par ordonnances pour généraliser la prescription électronique et des mesures sont prévues pour que les ARS généralisent cette prescription auprès des auxiliaires de soins...

- La loi prévoit de donner la possibilité au gouvernement d'accroître les pouvoirs des ARS pour liquider toutes les mesures jugées « bureaucratiques » (entendre démocratiques). Ces « mesures de « simplification-sécurisation » sont éminemment suspectes !

Puis la Covid 19 est passée par là... Détruisant tous les efforts du pouvoir en place pour nous faire croire à ses bobards néolibéraux ! Certes nous sommes encore loin d'inverser la logique mais, au

moins, le gouvernement, le MEDEF et l'Union européenne sont authentifiés : ils sont les fossoyeurs de la Sécu. A nous de leur barrer la route et de préparer la libération !

En savoir plus :

<https://www.pardem.org/actualite/luttes/971-etat-d-urgence-pour-l-hopital-public>

- [Se connecter](#) ou [s'inscrire](#) pour poster un commentaire