

Un PLFSS pour 2024 dangereux et irresponsable

A retenir

- Globalement, c'est un PLFSS sans d'autre ambition que de réduction comptable des dépenses de la Sécurité sociale ; ce que matérialise l'ONDAM, inférieur à l'inflation pour la 2^e année consécutive
- C'est un projet de loi qui ne répond en rien aux enjeux structurels tant de financement de la protection sociale que de politique pour l'accès aux soins de tous et partout
- Au contraire, faute d'un financement à la hauteur, de nouvelles coupes dans les droits sociaux des assurés sont programmées et la situation catastrophique du système de santé risque de s'aggraver notamment à l'hôpital même si quelques mesures sont bienvenues
- C'est un texte qui sous-tend de nombreuses mesures additionnelles qui auront des impacts importants pour la population, soit directement, soit via leurs mutuelles, décidées par voie réglementaire ou conventionnelle, donc échappant totalement au débat démocratique
- C'est un texte qui a été élaboré, comme les années précédentes, en dehors de toute co-construction avec les différents acteurs

Les lois de finances et de financement de la Sécurité sociale pour 2024 s'inscrivent dans un contexte marqué par le creusement des inégalités. Le droit à la santé, besoin vital et droit fondamental, n'est plus toujours assuré dans notre pays remettant en cause notre pacte républicain.

La poursuite du « dé financement » de la



Sécurité sociale

Cette situation est le fruit de plus de 30 ans de « dé financement » de la Sécurité sociale. Elle est de plus en plus largement utilisée comme moyen de conduire la politique économique et fiscale des gouvernements. Ainsi,

- Depuis 10 ans, les exonérations de cotisations sociales ont été multipliées par 3,5 ; elles ont été doublées durant le seul premier quinquennat d'E. Macron
- Pour atteindre entre 74 et 80 Mds€ en 2022 (88 Mds€ prévus en 2023) dont une partie n'est plus compensée par l'Etat comme se l'est autorisé le gouvernement depuis 2019.

dépenses en santé connaît une hausse accélérée sous l'effet du vieillissement, de la progression des maladies chroniques, des progrès médicaux et de l'absence d'un réel virage préventif.

- **Sur son pouvoir d'achat** : la part des ménages s'accroît dans le financement de la Sécurité sociale alors que celle des entreprises recule. Les ménages paient seuls la CADES (financée par la CSG et CRDS) dont la durée de vie a été allongée de 9 ans en 2020 après un nouveau transfert dont celui de la dette Covid ; leur reste à charge ou leur cotisations mutualistes augmentent avec les transferts et les remboursements.

La population en paie le prix fort



- **Sur sa santé** : des plans d'économies sont imposés à la Sécu et à l'hôpital par Mds € depuis de longues années alors que l'évolution naturelle des

Le gouvernement entend encore amplifier la casse en 2024



Alors qu'il y a urgence à renforcer la protection sociale, le gouvernement intensifie sa politique de paupérisation

de la Sécu. Le PLFSS pour 2024 réaffirme la prise de contrôle de l'Etat sur la Sécurité sociale. Il n'est qu'une mise en musique de la trajectoire dictée par les ministres de l'Economie et des Comptes publics. Leur priorité est de réduire la dette publique et de ramener le déficit public de 4,7% en 2022 à 2,7% en 2027 tout en augmentant les marges des grandes entreprises et au mépris des besoins sociaux. Comme pour les services publics, une nouvelle cure d'austérité est programmée pour la Sécu. Contrairement aux propos de la 1^e Ministre : « *Un discours de vérité, qui exigera des choix difficiles et demandera des efforts de chacun* », l'effort ne sera pas partagé.

Des mesures cosmétiques et des manques abyssaux



Quelques **mesures ponctuelles de prévention et d'amélioration de l'accès à la santé sont bienvenues** : gratuité des préservatifs ou des protections menstruelles pour les jeunes et les bénéficiaires de la C2S, distribution à l'unité des médicaments en tension, développement (timide) du partage de tâches avec la possibilité donnée aux pharmaciens de prescrire certains antibiotiques, extension de la vaccination HPV, décarbonation des dispositifs médicaux, simplification de l'accès à la C2S. Cependant les actions d'accompagnement des personnels de l'Assurance maladie pour l'aller vers risquent de se heurter aux réductions d'effectifs imposées par la Convention d'Objectifs et de Gestion.

On peut aussi se féliciter de la mise en place de **parcours coordonnés renforcés**, au travers d'un financement collectif forfaitaire (généralisation d'expérimentations dites « article 51 » lancées en 2018). C'est une avancée pour le travail en pluridisciplinarité entre professionnels de santé, le partage de compétences entre professionnels et l'évolution du mode de rémunération.

Des **mesures sur la fraude** sont affichées : doubler les montants redressés, soit 5 Md€ le total sur la période du quinquennat. Sans ambition et longue échéance en matière au sujet des cotisations sociales ; cette annonce risque de se heurter au manque de personnels pour le contrôle. Les objectifs sont supérieurs en matière de prestations

sociales : 3 Md€ de préjudices détectés et évités par les CAF et caisses de retraite, et 0,5 Md€ pour les dépenses de santé. Certaines mesures ciblent les professionnels de santé et ouvrent la possibilité de supprimer la prise en charge par l'Assurance maladie de leurs cotisations sociales (le total de ces aides s'élevant en 2022 entre 2,3 et 3 milliards d'€ selon les sources). Les assurés sociaux sont toujours mis à l'index : Indemnités journalières, mesures à venir au nom de l'harmonisation de l'ouverture des droits aux différentes prestations.

Comment le gouvernement contourne encore une fois le Parlement, les partenaires sociaux et les mutuelles.

Outre l'utilisation du 49.3 pour contourner le parlement et ne prendre en compte que les amendements acceptés par le gouvernement, une autre arme est utilisée : au-delà des imprécisions (ex. : fléchage de la TSA) et de l'absence de documentation, le gouvernement renvoie des décisions significatives à des arrêtés ou décrets. C'est le cas des Franchises et Participations forfaitaires qui ne se trouvent pas dans ce texte.

Il tente de remettre en cause les prérogatives des partenaires sociaux : en pleine négociation sur la retraite complémentaire, la menace plane d'une ponction de 1 à 3 milliards annuels sur l'Agirc-Arrco d'ici 2030 au nom du devoir de "solidarité" entre régimes en vue d'un "retour à l'équilibre" global. (1 Md€ équivaut à 1,1% de revalorisation du régime complémentaire retraite). Comble de l'indécence, la menace pèse aussi sur l'UNEDIC pèse également alors que les droits de chômeurs reculent.

Des mesures qui échapperont au débat avec la représentation nationale et devant l'opinion publique...

Le gouvernement fait toujours plus payer aux assurés sociaux le trou qu'il continue de creuser.

Derrière la façade, **le gouvernement continue de démolir notre maison commune.**

- **Aucune mesure n'est prise pour renforcer le financement** ; de nouvelles exonérations de

cotisations sociales sont mêmes en cours à travers le projet de loi pour le partage des richesses en entreprise.

- **Le déficit de l'ensemble des régimes de base et du Fonds de Solidarité Vieillesse** - qui entretient l'alibi des économies et des transferts - est estimé à 11,4 Md€ dont 9,3 Mds pour l'Assurance maladie en 2024 pour atteindre respectivement 17,5 md€ et 9,6 Md€ en 2027.

Le Haut Conseil pour le financement de la protection sociale est circonspect tant sur le volet recettes, considérées comme « optimistes » que sur le volet dépenses.

Pour la deuxième année consécutive, **la progression du taux d'Objectif national des dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) est inférieure à l'évolution naturelle des dépenses de santé et à l'inflation. En 2024, le taux d'ONDAM ne progressera que de 3,2%** (hors dépenses covid) et 3,5 Md€ d'économies lui imposées à l'Assurance maladie, essentiellement au détriment des assurés sociaux. **Dit autrement, le budget de l'Assurance Maladie diminue en euros constants** et la part du PIB consacrée à la prise en charge collective des dépenses de santé prises en charge va reculer.

Les réformes structurelles dont le système de soins a besoin ne pourront être conduites



- **L'hôpital** ne pourra pas se relever avec une évolution de l'ONDAM de 3,2% hospitalier alors que les besoins sont estimés, par la prudente Fédération Hospitalière de France, à +5% pour maintenir en l'état les structures auquel il faudrait ajouter +2% supplémentaires pour financer les mesures complémentaires annoncées mais pas financées. Les annonces en trompe l'œil ne permettront pas de renforcer la reconnaissance des personnels et l'attractivité. Par ailleurs, l'objectif positif de revenir sur le caractère central de la T2A dans le financement pour le champ MCO avec l'augmentation de la part des dotations ou sans lien direct avec l'activité semble difficilement atteignable. En effet ces

dotations sont dépendantes de l'ONDAM. Des garanties doivent être données pour que cela ne se traduise pas par un reste à charge supplémentaire pour les assurés et/ou des inégalités territoriales.

- Malgré les annonces, aucune amélioration non plus à attendre coté **médico-social** pour améliorer la reconnaissance et l'attractivité des métiers du « prendre soin » avec des évolutions de l'ONDAM de 4,6% pour les établissements et services pour personnes âgées et 3,4% pour personnes handicapées.
- L'évolution de 3,5% de **l'ONDAM soins de ville** permettra à peine de couvrir l'évolution des rémunérations liées aux conventions connues et alors que la négociation va se rouvrir avec les médecins.
- Les mesures contenues en matière de rupture d'approvisionnement de **médicaments** correspondent davantage à une approche de gestion de la pénurie plutôt qu'à une réelle lutte contre la pénurie alors que de nouveaux cadeaux estimés à 120 M€ sont accordés à l'industrie pharmaceutique sous couvert d'efforts attendus et non imposés aux laboratoires.
- Le sous financement entretenu de la **5^e branche** ne laisse entrevoir aucune solution nouvelle à la population concernée de plus en plus nombreuse.
- Ce PLFSS prévoit des **mesures inquiétantes** : possibilité de baisser les remboursements des malades refusant des transports partagés, possibilité de suspension des indemnités journalières basée sur le rapport de médecins contrôleurs délégués par l'employeur, prérogative exclusive aujourd'hui des médecins conseil de l'Assurance maladie, baisse des indemnités versées aux victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle en cas de faute inexcusable de l'employeur qui contredit l'esprit de la loi.

Les transferts sur les assurés sociaux vont s'amplifier



Après le Reste à Charge Zéro, transfert qui ne dit pas son nom, des décisions prises en 2023 ont mis à la charge des

familles, directement ou via les complémentaires santé, près de 1,3 milliard d'euros en année pleine :

- Revalorisation des rémunérations des professionnels de santé via les conventions
- 500 millions de transfert direct, décidé par le gouvernement sans aucune concertation, avec la baisse des remboursements de la Sécurité sociale de 10 points sur tous les actes dentaires.

Aux revalorisations déjà connues des rémunérations des Professionnels de Santé s'ajoutera l'évolution annuelle des dépenses de santé et de nouvelles revalorisations notamment avec la reprise imminente des négociations avec les médecins.

L'augmentation des cotisations mutualistes imposée par une telle politique conduit à un risque majeur de « démutualisation » et donc de renoncement aux soins d'une partie croissante de la population, notamment les seniors et les privés d'emploi.

Alors que ce contexte, auquel s'ajoute l'inflation et la baisse du pouvoir d'achat, devrait inciter le gouvernement à supprimer, ou a minima à baisser les taxes sur les cotisations mutualistes, ces dernières vont au contraire mécaniquement progresser en volume avec les augmentations des cotisations.

Enfin, une nouvelle taxe pénalisant les plus malades et les plus précaires est envisagée par voie réglementaire avec le **doublement des franchises et participations forfaitaires** alors que le gouvernement continue à appliquer la non-compensation par l'État de 2,1 Mds€ d'exonération de cotisations, soit 3 fois plus que les recettes attendues par ces augmentations.

Un rejet massif de ce PLFSS

- La Mutualité s'est exprimée de façon claire et offensive sur ce texte dans ses déclarations, son communiqué de presse et dans ses votes négatifs aux conseils de la CNSA, de la CNAM et de l'UNOCAM. L'UNOCAM s'est d'ailleurs prononcé contre à l'unanimité.
- La CNAM, l'UNCAM, la CNAF, la CNAV ont émis un vote défavorable. La CNSA a pris acte.

Le Président de la CNAM et de l'UNCAM a déploré l'absence d'association de la démocratie sociale lors de la phase d'élaboration du PLFSS. Malgré les intentions de donner une place et une importance particulière à la démocratie sociale en articulation avec la démocratie politique, force est de constater que la méthode reste identique aux années précédentes.



Un plan d'urgence de l'accès aux soins doit être décrété pour pouvoir accéder à des soins de qualité partout :

- Donner les moyens à la hauteur des besoins pour la sécurité sociale et pour le système de santé – hôpital, soins de premiers recours et médico-social.
- Supprimer les taxes sur les mutuelles pour faire baisser les cotisations des ménages.



Pour transformer les rejets et la colère des différents acteurs en rapport de force pour peser, les actions des Mutuelles de France

- Continuer à porter notre voix, au sein de la FNMF ;
- Agir ensemble pour porter un décryptage auprès des adhérents et du grand public par la mise à disposition d'outils : tract argumentaire, carte pétition, mise à jour du site Internet « Pas de taxe » ...
- Travailler à des actions avec des partenaires sur le plan national et local.