



1947 :

LES FONDATIONS
DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE.

Quel avenir pour notre système de santé ?

Le déficit de l'assurance maladie atteint des niveaux records : de -4,4 milliards d'euros en 2008 à -11 milliards en 2009, il devrait atteindre -14,6 milliards en 2010. S'y attaquer, c'est remettre en cause la structure même du système...

La crise économique et financière explique en partie la situation. Il n'en demeure pas moins qu'un déficit structurel existe. Depuis le début des années 70, plans d'économie, hausses de cotisations se sont succédé pour tenter de pallier les besoins de financement croissants. L'urgence commande de rétablir une situation financière plus saine, à la condition préalable de clarifier les objectifs assignés à notre système d'assurance maladie. Il faut ensuite s'interroger sur les leviers à actionner : réduire les dépenses, augmenter les recettes, les deux ?

Les ordonnances d'octobre 1945 ont conçu le droit à la protection de la santé comme fonction des besoins de chacun sans distinction de revenus. Ainsi, les salariés cotisent proportionnellement à leur revenu et bénéficient des prestations maladie selon leurs besoins et doivent pouvoir accéder à des soins de la meilleure qualité possible. Cette mission d'accès aux soins s'appuie sur les principes d'universalité (protection des individus sans discrimination), d'uniformité (mêmes prestations pour tous), de solidarité (contributions issues des acteurs du monde du travail).

L'assurance maladie, au vu des problèmes de financements auxquels elle a dû faire face au cours du temps, a été réformée à plusieurs reprises.

Les principales réformes

En 1996, les ordonnances « Juppé » infléchissent la régulation des dépenses dans le sens d'une maîtrise essentiellement comptable. Les ordonnances contraignent les dépenses des professionnels de santé libéraux et issus du monde hospitalier.

La loi du 13 août 2004 met l'accent sur des mesures qui visent à rendre plus « responsables » les assurés sociaux. Elle instaure une meilleure coordination des soins en créant le dispositif du médecin traitant et en élaborant un protocole écrit de soins pour les affections de longue durée à présenter par l'assuré à chaque consultation. Les assurés ne respectant pas le cadre fixé par la loi sont pénalisés par une prise en charge moindre de l'assurance maladie.



LE HAUT CONSEIL
DEVRA TENIR COMPTE
DES ÉVOLUTIONS
DÉMOGRAPHIQUES.

Depuis 2004, cependant, la participation de l'assuré à la maîtrise des dépenses par des franchises et des remboursements successifs s'est accentuée. Outre le ticket modérateur, le patient s'acquitte également du forfait hospitalier régulièrement réévalué, de la participation de 1 euro à chaque consultation, du forfait pour les actes médicaux de plus de 91 euros. La création en 2008 de franchises sur les médicaments (0,5 € par boîte), sur les actes des auxiliaires médicaux (0,5 € par acte) et sur les transports sanitaires (2 € par transport) a poussé **la logique de responsabilisation des usagers à un niveau tel qu'aujourd'hui le risque de porter atteinte à l'égal accès aux soins des malades est bien réel.**

Ce désengagement progressif de l'assurance maladie par l'accumulation de mesures d'économie se traduit par un accroissement de la prise en charge par les organismes complémentaires mais également par une augmentation du reste à charge de l'assuré (une fois tous les remboursements versés).

Entre 2001 et 2009, les coûts directs de santé dans le budget des ménages, hors cotisations sociales à l'assurance maladie, ont augmenté de 40 % à 50 % en moyenne, selon le livre blanc sur l'avenir de l'assurance maladie publié par le cabinet de conseils

Jalma. Ces frais représentent l'addition des cotisations à une complémentaire et du reste à charge; ils atteignent 5,4 % du revenu disponible en moyenne. L'augmentation apparaît systématique, quels que soient l'âge, la profession, l'origine géographique ou le type de complémentaire choisie. Cependant, les plus de 65 ans souvent souscripteurs d'un contrat individuel, ont vu leurs dépenses augmenter de 55 % en huit ans; la santé représente 11 % de leur budget.

La CFE-CGC tire la sonnette d'alarme. Les mesures de redressement des comptes de l'assurance

I - Réduire les dépenses

La réduction des dépenses peut s'organiser en agissant sur l'offre de soins ce qui impacte directement les professionnels de santé.

Cette rationalisation doit s'effectuer dans le respect du maintien d'un accès aux soins à tous, sur tout le territoire, à des tarifs opposables. L'encadrement des prescriptions des médecins et l'encouragement à prescrire les traitements adaptés les moins onéreux sont des options possibles. Les dépenses de l'hôpital doivent être également encadrées. Enfin, les dépenses de médicaments

Depuis 2004, le principe de « responsabilisation » des assurés ne fait que s'accroître.

maladie doivent se concevoir dans le respect des valeurs fondatrices de notre système de santé ce qui signifie qu'elles ne peuvent en aucun cas reposer uniquement sur l'assuré !

Solutions possibles, propositions et analyse

Deux leviers peuvent être actionnés pour répondre aux besoins de financement de l'assurance maladie tout en maintenant un accès aux soins équitable : la réduction des dépenses et la recherche de nouvelles recettes.

doivent être contrôlées tout en développant le marché des médicaments génériques.

La CFE-CGC approuve les efforts de maîtrise médicalisée et le renforcement de l'efficacité du système de santé. Il ne faudrait toutefois pas, sous couvert d'impératifs financiers, installer la pénurie de médecins et d'infirmières !

Parallèlement aux mesures en direction des professionnels de santé, se développent des

actions de plus en plus fortes vers les assurés sociaux et ce en vertu de l'objectif affiché (la stabilisation du taux de prise en charge global par l'assurance maladie) pour les années à venir. Elles conduisent à augmenter le reste à charge des assurés :

- **Déremboursements de médicaments, à savoir une moindre prise en charge ou un déremboursement complet de certains médicaments.**

Pour la CFE-CGC, si l'efficacité d'un médicament n'est pas prouvée, le médicament ne doit pas être remboursé. Il est donc pour le moins étonnant que certains médicaments voient leur taux de remboursement baisser.

- **Mise en place de franchises médicales.**

La CFE-CGC s'est toujours positionnée contre l'augmentation du reste à charge pour les assurés, estimant qu'il fallait avant tout trouver de nouvelles sources de financement pour l'assurance maladie plutôt que de faire peser la réforme sur les assurés.

- **Rationalisation du parcours de soins.**

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a créé la notion de médecin traitant référent. Le patient ne peut plus consulter un médecin spécialiste sans passer par son médecin traitant sous peine d'une moindre prise en charge de la consultation par l'assurance maladie. Pour la CFE-CGC, cette réforme a le mérite d'éviter certains excès de comportements.

Enfin, la maîtrise des dépenses peut conduire à une modification complète de l'architecture de l'assurance maladie. Deux pistes de réflexion sont à l'étude : le bouclier sanitaire et le déport du régime de base sur le régime complémentaire.



UNE SOLUTION
CFE-CGC :
LA COTISATION
SOCIALE SUR
LA CONSOMMATION.

- **Tenir compte du niveau de ressources des assurés par l'instauration d'un bouclier sanitaire.**

Il n'y a pas de consensus politique autour de cette question, mais elle reste largement débattue. Les prestations seraient gratuites au-delà d'un plafond qui pourrait être fixé

tions de l'assurance maladie, et une individualisation du droit de chacun en fonction de ses revenus. Cette notion d'individualisation est en porte-à-faux avec la solidarité du système à laquelle nous sommes attachés. Les classes moyennes ont tout à perdre dans cette réforme car plus leur revenu sera élevé et plus le plafond du bouclier le sera également. Elles devront faire davantage appel aux organismes complémentaires qui augmenteront fortement leurs tarifs, voire les fixeront proportionnellement au revenu de l'individu et en fonction de son âge !

Sous couvert d'une meilleure prise en charge des plus modestes ce projet a un caractère non équitable entre les assurés :

- entre ceux qui pourront financer une complémentaire couvrant « toutes les dépenses de santé » et ceux qui n'en auront pas les moyens,
- entre ceux qui auront accès à une couverture collective et ceux qui devront souscrire à une complémentaire individuelle plus chère,
- entre les plus jeunes et les plus âgés puisque les tarifs des complémentaires augmentent avec l'âge.

Le bouclier sanitaire est en contradiction avec le principe de solidarité.

en fonction des revenus de chacun. Cela signifie que les assurés seraient pris en charge à 100 % au dessus du plafond alors qu'en dessous ils devraient financer l'intégralité de leurs frais avec l'aide des organismes complémentaires.

L'idée qui sous tend le bouclier sanitaire est que le système d'assurance maladie générerait des inégalités sociales. Le reste à charge de tous les assurés augmentant régulièrement, les plus modestes devraient fournir le plus grand taux d'effort.

Le bouclier sanitaire induirait une remise à plat des diverses tarifica-

- **L'extension de la couverture complémentaire des assurés**

Il s'agit dans ce cas d'un déport du régime de base, c'est-à-dire une baisse du taux de remboursement sur le régime complémentaire. Les primes et cotisations sont fixées indépendamment du revenu et liées à la taille de la famille et également à l'âge ce que le régime de base ne connaît pas. De plus, à ce jour, 8,5 % des assurés, soit 5 millions de personnes ne possèdent pas de couverture complémentaire malgré l'existence de la CMU-C pour les plus démunis. Ces populations seraient par conséquent exclues du remboursement.

Par ailleurs, le transfert du régime de base vers le régime complémentaire a un impact majeur sur les classes moyennes. La condition de prise en charge de risques supplémentaires se traduit par des augmentations de cotisation des complémentaires. Enfin, l'individualisation de la prise en charge comporte le danger de la sélection des risques assurés ce qui est contraire aux valeurs originelles de la Sécurité sociale que nous défendons.

Ces réformes systémiques vont toutes dans le sens d'un accroissement de la charge à supporter par les assurés, ce que la CFE-CGC ne peut accepter.

Mais, quelles que soient les options privilégiées, la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie ne suffira pas à pérenniser le financement du système : la population va vieillir et consommera davantage, et les besoins liés à la dépendance vont s'accroître.

L'hypothèse la plus optimiste établie par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie vise un écart PIB/dépenses de soins de 0,5 points par an ce qui est une contrainte considérable.

Trouver de nouvelles recettes s'avère donc indispensable.

2. Trouver de nouvelles recettes

Différentes options font débat.

- Taxer certains biens (boissons ? alimentation ?) ne bouleverserait pas les équilibres financiers sur le long terme mais conduirait à stigmatiser les personnes dont les comportements seraient considérés comme « risqués ». La CFE-CGC n'est absolument pas favorable à cette hypothèse.
- Taxer les niches sociales ne constitue pas pour la CFE-CGC une réponse à la hauteur des enjeux.

- Augmenter les cotisations patronales n'est pas réaliste car cela rendrait les entreprises françaises moins compétitives.
- Aligner le taux de CSG des personnes âgées sur le droit commun en le faisant passer de 6,6 % à 7,5 % ferait contribuer davantage les retraités alors même que nombre d'entre eux éprouvent des difficultés financières et qu'ils ont déjà cotisé toute leur vie. Nous refusons cette option.
- Relever le taux de CSG dont l'assiette est plus large que celle des cotisations sociales et qui est une bonne recette en termes de dynamisme aurait certes le mérite de faire porter l'effort du risque maladie sur l'ensemble des assurés sociaux. Cependant, la consommation des ménages serait pénalisée et, en particulier, celle des salariés qui seraient contraints de participer aux allègements consentis aux entreprises. C'est pourquoi la CFE-CGC n'approuve pas cette proposition.

Les solutions CFE-CGC

- La CFE-CGC demande l'arrêt des exonérations de charges sociales dont bénéficient les entreprises. Ces exonérations pénalisent les recettes de la



tion des accidents du travail et des maladies professionnelles demeure inférieur de plusieurs millions d'euros au montant estimé par la commission DIRICQ. C'est autant de manque à gagner pour l'assurance maladie !

C'est l'ensemble du financement de la protection sociale qu'il faut réviser.

Sécurité sociale et favorisent la création de trappes à bas salaires. Pour preuve, après plus de 30 milliards d'euros d'exonérations en 2008 dont 2,5 milliards n'ont pas été compensés, le montant devrait atteindre en 2009 30,4 milliards dont 2,6 milliards au titre des mesures non compensées.

- Le montant du versement par la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclara-

■ La CFE-CGC réclame la reconnaissance des risques psychosociaux comme générateurs de maladies professionnelles. De nombreuses affections seraient comptabilisées au titre des maladies professionnelles et non de la maladie ce qui allègerait considérablement les dépenses de l'assurance maladie.

- La CFE-CGC préconise une remise à plat de l'assiette de financement de l'ensemble de la protection sociale qui se révèle aujourd'hui insuffisante si

elle reste basée sur les salaires. **Elle se prononce en faveur de la création d'une cotisation sociale sur la consommation.**

Ce projet consiste à supprimer partiellement les cotisations maladie employeurs et à les remplacer par une nouvelle cotisation assise sur la consommation qui serait totalement affectée à la branche maladie.

L'assiette de la cotisation sociale sur la consommation serait plus large que celle des cotisations patronales (qui ne concernent que les salariés) puisqu'elle s'appliquerait à la consommation des salariés, des retraités, des chômeurs et des titulaires de revenus du capital qui bénéficient tous de l'assurance maladie.

Les décisions des pouvoirs publics ne doivent pas être dictées par des impératifs de court terme et, de ce fait, dépourvues de perspectives et d'ambition pour notre politique de santé. Ce risque est particulièrement prégnant en période de difficulté budgétaire. **Le désengagement de l'assurance maladie, mis à jour par les études récentes, qui se traduit par un renforcement des organismes complémentaires et plus particulièrement de l'assurance privée doit absolument cesser** si nous ne voulons pas sacrifier notre système de santé. La responsabilité de la maîtrise des dépenses, nécessaire par ailleurs, ne doit pas être supportée uniquement par les assurés mais partagée par l'ensemble des acteurs du système.

Des solutions existent. Les partenaires sociaux ont toute la légitimité en tant que représentants des financeurs de l'assurance maladie mais également de l'ensemble des usagers pour participer au débat sur les orientations mais également aux prises de décisions.

La CFE-CGC fait entendre sa voix pour que les classes moyennes et les personnels d'encadrement ne soient pas uniquement contributeurs mais également bénéficiaires d'un système qui doit rester solidaire. ■

a.bernard@cfecgc.fr
karniewicz@cfecgc.fr

La loi de financement de la Sécurité sociale définitivement adoptée



La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2010 a été définitivement adoptée par le parlement le 26 novembre.

Ce texte sera très proche du projet initial puisque le gouvernement a supprimé beaucoup d'ajouts et a bloqué la plupart des propositions visant à apporter des recettes supplémentaires à la Sécurité sociale, telles celles devant durcir la surtaxe sur les stock-options ou augmenter les taxes sur le tabac. Le ministre du Budget s'est également opposé à la faible hausse de la taxe CRDS suggérée par plusieurs sénateurs

afin d'amortir l'accumulation de la dette sociale.

La loi comprend tout de même deux mesures phares : la réforme de la majoration de durée d'assurance des mères qui a été validée par le Conseil constitutionnel le 22 décembre 2009, et la création d'un dispositif de bonus malus pour les accidents du travail-maladies professionnelles.

La crise économique et financière explique la dégradation particulièrement brutale des comptes. Les baisses de l'emploi salarié et du salaire moyen par tête, en réduisant la masse salariale, ont un impact négatif sur le montant des cotisations. Aussi le déficit de la Sécurité sociale est estimé à plus de 30 milliards d'euros pour 2010.

Le gouvernement aurait pu amortir dès à présent les déficits de la Sécurité sociale de 2009 et de 2010 en les transférant au moins en partie à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) mais cela l'aurait contraint à augmenter la Contribution de remboursement de la dette sociale (CRDS), ce qu'il ne veut aujourd'hui en aucun cas ! Par conséquent, près de 60 milliards de dettes s'accumuleront fin 2010 à l'ACOSS, « banque » de la Sécurité sociale qui n'est pas censée financer de tels montants. Il faudra pourtant bien apporter des solutions pour traiter l'accumulation de la dette sociale (dette existante) et pour supprimer les déficits de la Sécurité sociale (générateurs de dette future).

Le retour de la croissance ne suffira pas

Il est clair que le gouvernement ne peut pas compter uniquement sur le retour de la croissance puisque le déficit n'est pas strictement conjoncturel mais en grande partie structurel. La reprise de l'emploi permettra certes de stabiliser le déficit mais ne le résorbera pas pour autant. Il est donc nécessaire de prendre des mesures d'ampleur si nous voulons sauvegarder notre système de Sécurité sociale.

Il est urgent d'agir sur le volet recettes. La CFE-CGC a des solutions (voir p. 17).

a.bernard@cfecgc.fr
karniewicz@cfecgc.fr