



Campagne sur la réforme de l'assurance-maladie

Le « trou de la Sécu » est-il fictif ?

9 mars 2004

Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estime que le déficit 2003 de l'assurance maladie est, aux 3/4, structurel. Pour sa part, la Cgt ne nie pas que le déficit soit, pour partie, structurel, mais estime que la répartition entre les effets de la conjoncture et les facteurs plus structurels est plus équilibrée (de l'ordre de 50/50). Cette appréciation est parfois contestée. Arguant à juste titre des charges supportées par le régime général, comme les exonérations de cotisations non compensées, les dettes patronales et celles de l'Etat, certains vont jusqu'à nier l'existence même du déficit. Il est utile de faire un point précis de la situation.

Retour sur le déficit structurel

Il est nécessaire de bien faire comprendre en quel sens nous admettons que le déficit est, pour partie, structurel.

Qu'est-ce que le déficit structurel ?

La notion de déficit structurel est une notion couramment utilisée par les économistes et en particulier par ceux de la Commission européenne et du ministère des Finances. Elle vise à essayer de faire le partage entre ce qui relève du cycle conjoncturel et les facteurs dits « *structurels* », c'est-à-dire ayant leur dynamique propre, indépendante de la conjoncture.

Pratiquement, on compare le déficit effectivement constaté pour une année donnée (en l'occurrence 2003, année caractérisée par une croissance quasi nulle), et ce qu'aurait été ce déficit si la croissance avait été en 2003 égale à ce qu'on appelle la « *croissance potentielle à long terme* ».

Cette croissance potentielle à long terme est la croissance jugée optimale dans des conditions économiques données, c'est-à-dire compte tenu de la productivité actuelle, du stock de capital et de la main d'œuvre disponible. La direction de la Prévision du ministère des finances estime cette croissance potentielle à 2,5 % par an.

La Cgt a contesté les hypothèses sous-jacentes à cette estimation.

En particulier, nous récusons l'hypothèse utilisée par la DP d'un chômage d'équilibre qu'elle estime à 7 % de la population active. Cette estimation est fondée sur ce qu'on appelle le Nairu (1), hypothèse selon laquelle il existerait un taux de chômage en dessous duquel on ne saurait descendre, faute de quoi l'inflation repartirait parce que les salariés revendiqueraient des augmentations de salaires « excessives ».

Nous avons proposé une autre approche fondée sur un taux de chômage de 3 %, qui conduirait à une croissance potentielle supérieure. C'est pourquoi nous estimons la part structurelle du déficit à seulement 50 %. Cela dit, la méthodologie retenue a un mérite, celui de montrer l'écart entre la croissance des recettes et des dépenses dans le cadre du régime de croissance actuel dominé par la financiarisation et dont l'un des caractères distinctifs est bien l'existence structurelle d'un chômage de masse. Lorsque nous luttons pour une croissance fondée sur le développement de l'emploi stable et qualifié (le plein emploi solidaire), nous nous battons pour imposer un régime de croissance différent.

Que faut-il entendre par déficit structurel de l'assurance maladie ?

Quand nous parlons de déficit structurel, nous disons simplement que le simple retour de la croissance ne permettrait pas de mettre fin au déficit.

Nous ne disons pas qu'il faut absolument diminuer les dépenses de l'assurance maladie, dont la croissance élevée est pour l'essentiel normale, et s'explique par le progrès médical, et le coût élevé des maladies longues et coûteuses (2) (maladies cardio-vasculaires, cancers, maladie d'Alzheimer, démence sénile), et en particulier par l'augmentation importante des maladies chroniques, qui est l'une des raisons fondamentales de la croissance de la consommation de médicaments.

(1) Non Accelerating Inflation Rate of Unemployment.

(2) Ce que la Cnam appelle les Ald : affections de longue durée.

Bien au contraire, l'existence d'un déficit structurel montre qu'il est absolument indispensable d'augmenter les ressources pour faire face à la croissance des dépenses de santé. Ce constat est donc un point d'appui pour exiger une réforme du financement.

Les exonérations non compensées et les dettes patronales font partie du déficit structurel, ils sont une dimension de la réforme du financement

Un point important mérite d'être noté : les exonérations non compensées et les dettes dites « patronales » font partie du déficit structurel, la suppression de la charge qu'ils représentent pour la Sécurité sociale est une dimension importante de la réforme du financement préconisée par la Cgt.

Il s'agit de problèmes bien réels et non fictifs :

- ➔ *la non compensation des exonérations de cotisations* pour certains dispositifs (Ces, Cec, emplois à domicile notamment) résulte de ce que la loi de 1994, qui a posé le principe de la compensation des exonérations par le budget de l'Etat, ne s'applique pas pour les dispositifs antérieurs à 1994. La compensation de ces exonérations est une première exigence, mais il faudrait surtout supprimer la plupart de ces exonérations (à commencer par l'allègement unique des cotisations jusqu'à 1,8 Smic), parallèlement à la réforme de l'assiette des cotisations patronales. La perte de recettes occasionnée par ces exonérations représente plus de 2 milliards d'euros par an pour le régime général, dont 1 milliard d'euros pour l'assurance maladie ;
- ➔ *les dettes des entreprises* s'élevaient au total à 13,8 milliards d'euros au 31 décembre 2003 (3). Leur coût direct pour le régime général est de 1,4 milliard d'euros par an (ce qui correspond au montant des dettes que l'Acoss considère impossible à recouvrer et qu'elle passe en pertes), auquel il faut ajouter au moins 300 millions d'euros par an de charges financières (coût des avances payées par l'Acoss à la Cdc du fait de ces impayés). L'essentiel de cette dette provient de Tpe (moins de dix salariés) très fragiles, pas moins de 16 % de la dette provenant des départements d'outremer. C'est pourquoi la seule solution est la création d'un fonds de garantie des entreprises alimenté par une surcotisation de la part patronale, que nous estimons à 2,1 points de cotisation.

Pour estimer les conséquences sur l'équilibre financier de la sécurité sociale, nous proposons deux approches différentes :

- ➔ *quel aurait été le déficit 2003 du régime général, et quel serait le déficit 2004 si le fonds de garantie existait déjà, s'il n'y avait pas eu la dette Forec et si les exonérations étaient intégralement compensées ?*
- ➔ *quelle est la part du déficit structurel de l'assurance maladie (sur la base de l'appréciation de la Cgt dans déficit structurel à 50 %) relevant des trois dispositifs mentionnés ?*

Les déficits 2003 et 2004 du régime général (Cnam, Cnav, Cnaf)

Nous commençons par nous demander quel aurait été l'impact en 2003 et 2004 des réformes préconisées par la Cgt (compensation ou suppression des exonérations, création d'un fonds de garantie, non prise en charge par la sécurité sociale de la dette Forec).

Raisonnement sur l'ensemble du régime général, et non sur la seule branche maladie (comme le fait le Haut Conseil) nous paraît pertinent, dans la mesure où nous luttons pour l'unité de la sécurité sociale et contre la « séparation des risques ». En outre, le solde de chaque branche dépend largement des choix à géométrie variable des lois de financement en matière de clé de répartition de la Csg entre les branches comme entre le régime général et les non-salariés (Canam, Msa). La notion de déficit de l'assurance maladie dépend largement de conventions.

Impact des dettes des entreprises et du Forec (4) et des exonérations de cotisations sur le solde du régime général en 2003 et 2004

| | 2003 | 2004 |
|--|--------------|--------------|
| Solde du régime général (Commission des comptes) | - 8,9 | - 13,6 |
| + Exonérations non compensées | 2,1 | 2,1 |
| + Pertes sur créances irrécouvrables | 1,4 | 1,4 |
| + diminution des frais financiers | 0,4 | 0,4 |
| = Solde corrigé | - 5,0 | - 9,7 |

En milliards d'euros

Ainsi qu'on le voit, la prise en compte de ces éléments améliore notablement le solde du régime général, mais ne fait pas disparaître le déficit, en 2003 comme en 2004.

(3) Il s'agit du « stock » de dette, c'est-à-dire du total des impayés existants. Ils peuvent dater de 2003, comme avoir jusqu'à dix ans d'ancienneté ; l'ancienneté moyenne de ces dettes est de cinq ans. Une grande partie ne sera jamais remboursée, notamment les plus anciennes.

(4) Les dettes dites ForecC (fonds de réforme des cotisations) correspondent à une dette de l'Etat liée aux 35 heures que l'Acoss a portée pendant trois ans. Elle vient juste d'être remboursée.

Examinons à présent les conséquences pour le solde de trésorerie.

Impact des dettes des entreprises et du Forec et des exonérations de cotisations sur la trésorerie du régime général en 2003 et 2004

| | 2003 | 2004 |
|-------------------------|------------|---------------|
| Solde effectif 31/12 | - 14,0 | - 30,0 |
| + Créances entreprises | 13,8 | 13,8 |
| + Créances Forec | 1,5 | 1,1 |
| + Amélioration résultat | 2,0 | 2,0 |
| = Solde corrigé | 3,3 | - 13,1 |
| Baisse frais financiers | 0,4 | 0,4 |

En milliards d'euros

Ainsi qu'on le voit dans le tableau-ci dessus, le solde de trésorerie 2003 devient dans ce cas positif. Le gain en termes de frais financiers est au moins de 400 millions d'euros en 2003 comme en 2004.

La part du déficit structurel de l'assurance maladie expliqué par les dettes et les exonérations

Dans un second temps, nous estimons la part du déficit structurel s'expliquant par les dettes patronales et les exonérations.

Part du déficit structurel 2003 de l'assurance maladie expliqué par les dettes des entreprises et du Forec et les exonérations de cotisations (5)

| | |
|--|--------------|
| Déficit 2003 de l'assurance maladie | - 10,6 |
| Part structurelle | - 5,3 |
| + Exonérations non compensées | 1,0 |
| + Pertes sur créances irrécouvrables | 0,6 |
| = part du solde structurel restant à financer | - 3,7 |

Ainsi qu'on le voit, il reste un besoin de financement. Il faut donc augmenter les recettes du régime général. Il faut donc bien une réforme globale du financement comme le propose la Cgt.

(5) Ainsi qu'on le voit dans le tableau ci-dessous, le montant des exonérations et des dettes est inférieur au tableau précédent. Ne figurent ce tableau que les pertes de cotisations supportées par l'assurance maladie, alors que le précédent concernait le régime général dans son ensemble.

LA CGT PROPOSE :

LA MODULATION DES COTISATIONS SOCIALES PATRONALES

La Sécurité sociale a besoin de recettes supplémentaires et pérennes pour mettre en place une véritable politique de santé publique, assurer les retraites, réduire les inégalités. Les besoins de prévention, l'allongement de la durée de vie, les progrès technologiques entraînent un accroissement justifié des dépenses. Bien sûr, cela ne veut pas dire qu'il ne faille pas rechercher la plus grande efficacité possible des moyens alloués. Mais une politique de réduction des dépenses obéissant à une logique comptable est nocive.

Les Français ont opté pour un modèle de protection sociale dont le financement est fondé sur le travail. Les difficultés de financement de la protection sociales sont liées, fondamentalement, à la faiblesse du taux d'emploi et du rythme de croissance économique. Aussi pour augmenter les ressources de la Sécurité sociale, il faut combattre le chômage, créer des emplois qualifiés et bien rémunérés et accélérer la croissance économique.

Au-delà des aspects financiers, le mode de prélèvement doit favoriser l'emploi et « responsabiliser » les entreprises. Dans cette perspective, il est indispensable de rééquilibrer d'une part la contribution du travail et du capital au financement de la protection sociale, et, d'autre part, celle des différentes catégories d'entreprises, car l'intensité de main d'œuvre diffère d'un secteur à un autre. Un tel rééquilibrage est indispensable pour faire de plein emploi un objectif crédible.

Trois axes possibles d'une réforme

Un nombre croissant d'acteurs sociaux et de décideurs politiques reconnaissent aujourd'hui la nécessité d'une réforme des cotisations patronales. En dernière analyse trois axes peuvent être identifiés :

- . Le *reprofilage*. Il s'agit d'une modification des taux de cotisations patronales en fonction du niveau des salaires. Plus particulièrement, il s'agit de réduire le taux de cotisation sur les salaires inférieurs à un seuil et d'augmenter celui des salaires au-dessus de ce seuil. Le *reprofilage* comporte surtout le risque d'une dévalorisation des qualifications : il élargit le champ des bas salaires et pénalise le travail qualifié.
- . L'*élargissement de l'assiette*. On pourrait élargir l'assiette à la valeur ajoutée, qui est plus large que la masse salariale. On pourrait aussi l'élargir aux revenus financiers qui ne sont pas compris dans la valeur ajoutée. Enfin, on pourrait intégrer dans l'assiette, certains éléments de rémunération qui échappent actuellement à la cotisation, comme les *stock-options*.
- . La *modulation*. Il s'agit de différencier les taux de cotisation en fonction de quelques critères ; par exemple, selon les performances des entreprises en matières d'emploi ou d'évolution de leur masse salariale.

Double élargissement et double modulation

Nous partons de deux constats fondamentaux.

Premièrement, le régime actuel est pervers car l'entreprise peut minimiser sa contribution en réduisant par priorité sa masse salariale : lorsqu'elle augmente sa masse salariale (en termes d'emploi ou de salaire, ou des deux), elle cotise davantage. Inversement, les entreprises qui réduisent leur masse salariale, cotisent moins. Ce système pénalise l'emploi, les qualifications et leur reconnaissance dans les salaires. Il faut inverser cette logique pour promouvoir le travail, l'emploi et les qualifications, c'est-à-dire pour inciter les entreprises à créer des emplois qualifiés et à augmenter les salaires.

Deuxièmement, l'économie française souffre d'une insuffisance chronique des investissements productifs, tandis que les investissements financiers demeurent dynamiques, car jugés plus rentables. Il faut donc aussi établir une logique qui pénalise les investissements financiers, pour inciter les entreprises à réaliser des investissements productifs créateurs d'emplois et améliorant les niveaux de qualification.

Ces constats justifient à la fois un «double élargissement de l'assiette» et une «modulation des taux de cotisation».

Elargissement : il s'agit d'intégrer dans l'assiette, certaines formes de rémunération ainsi que les revenus financiers des entreprises qui échappent actuellement à une cotisation. Cette élargissement vise à dissuader le développement des formes aléatoires, discriminatoires et inégalitaires de rémunération, comme les *stock-options* ou l'épargne salariale.

Modulation : il s'agit également de différencier les taux de cotisation en fonction de la masse salariale et de la gestion financière de l'entreprise comparées à la valeur ajoutée qu'elle crée.

La cotisation patronale aurait deux composantes :

- La première partie serait calculée à partir du ratio «masse salariale rapportée à la valeur ajoutée» ;
- La deuxième partie serait calculée selon le ratio «revenus financiers / valeur ajoutée».

Les taux de cotisation seraient modulés en fonction de ces ratios. Le taux de cotisation de la première partie serait inversement proportionnel au ratio masse salariale / valeur ajoutée. En d'autres termes, lorsque la masse salariale augmente par rapport à la valeur ajoutée, le taux de cotisation diminuera.

Le taux de cotisation pour la deuxième partie augmenterait en fonction du ratio revenus financiers / valeur ajoutée. En conséquence, lorsque le revenu financier de l'entreprise augmente par rapport à sa valeur ajoutée, elle cotisera davantage.

Réponse aux critiques possibles

Notre proposition peut faire l'objet de cinq critiques :

Première critique : notre proposition risquerait de pénaliser les investissements productifs en nouvelles technologies, et cela d'autant plus que la combinaison capital / travail varie selon les secteurs et les branches.

Pour tenir compte de ces différences, on pourrait définir, en concertation avec les « partenaires sociaux », des « grilles sectorielles » de telle sorte que le taux moyen de cotisation soit moins élevé dans les secteurs qui emploient relativement plus de main-d'œuvre (comme le textile - habillement) ; en revanche, le taux moyen de cotisation serait plus élevé dans les secteurs qui emploient relativement moins de main-d'œuvre (comme les banques et les institutions financières).

Deuxième critique : Le mécanisme proposé serait trop compliqué. C'est vrai. Cependant, deux éléments amènent à relativiser cette critique :

- les moyens techniques dont disposent aujourd'hui les entreprises et les administrations facilitent la gestion de ce mécanisme ;
- ce mécanisme n'est pas, finalement, plus compliqué que le « labyrinthe » du système actuel, avec ses exonérations multiples et variées.

Troisième critique : notre proposition entraînerait une dépendance des recettes des Caisses de la Sécurité sociale des revenus financiers ; or, cette dépendance risquerait de menacer la pérennité des recettes de la Sécurité sociale, car les revenus financiers peuvent fluctuer considérablement d'une année à l'autre.

Cette critique pointe un problème réel. En effet, les revenus financiers peuvent varier considérablement, surtout si l'on y intègre les plus-values et les moins-values financières (c'est-à-dire les hausses et les baisses des prix des actions sur les marchés financiers).

En réponse à cette critique, il faut d'abord souligner que nous n'envisageons pas de bâtir le financement du système de protection sociale sur les revenus financiers. Cela serait contradictoire avec notre démarche, car nous voulons réduire les revenus financiers. Taxer les revenus financiers rapporterait quelques 10 milliards d'euros, ce qui ne permet pas de résoudre le problème, compte tenu des besoins de financement dans les prochaines années. Notre proposition a une visée à la fois stratégique et en même temps symbolique et psychologique. Elle vise à réduire la dépendance des entreprises des marchés financiers.

Quatrième critique : on pourrait objecter que notre proposition permettrait aux entreprises de « tricher ». Pour réduire ses cotisations, il suffirait que l'entreprise « se coupe en deux » : l'essentiel de la main d'œuvre serait regroupé dans une nouvelle entité, une filiale par exemple, où la valeur ajoutée serait faible. Cette fraction de l'entreprise cotiserait peu car sa masse salariale serait très importante par rapport à sa valeur ajoutée. En revanche, l'essentiel de la valeur ajoutée serait concentré dans une autre entité dont la masse salariale serait faible. Pour cette deuxième entité l'entreprise cotiserait plus certes, mais au total, la somme des cotisations des deux entités serait moins importante que par le passé.

En réponse à cette critique, on peut dire que l'administration n'est pas dupe. On peut aller plus loin en disant que la CGT milite pour de nouveaux droits pour les salariés dans l'entreprise. Cette revendication vise surtout à responsabiliser l'entreprise devant la collectivité. Les salariés, conscients de l'intérêt collectif s'opposeront à toute tentative de tricherie.

Cinquième critique: enfin, on peut objecter que notre proposition pourrait conduire dans certains cas à une baisse des cotisations versées par les employeurs, ce qui serait synonyme d'un abaissement de la valeur de la force de travail, compte tenu du fait que les cotisations sociales constituent la forme socialisée du salaire.

Pour répondre à cette critique, il faut préciser que notre proposition est fondamentalement axée sur la promotion et la valorisation du travail. C'est dans cette perspective que nous proposons de taxer les investissements financiers et les revenus qu'ils procurent. C'est aussi dans cette perspective que nous disons que lorsque l'entreprise crée des emplois ou qu'elle augmente les salaires, elle devrait cotiser relativement moins. La valorisation du travail contenue dans notre proposition a une visée systémique et de long terme.

LA CGT PROPOSE :

UNE OFFRE DE SOINS ET UNE REGULATION AUX SERVICES DES ASSURES SOCIAUX

Des évolutions se sont opérées dans la société :

- Le vieillissement de la population qui va pousser à des prises en charges dans le domaine sanitaire mais aussi dans le domaine médico-social.
- L'apparition de nouvelles pathologies.
- Le développement de pathologies chroniques qui nécessitent un suivi plus long des patients.
- La recherche.
- L'utilisation de technologies plus performantes qui enchérissent les coûts.
- Le besoin d'être également plus efficace sur les aspects environnementaux, sur les conditions de travail produit par l'évolution des consciences qui identifient de plus en plus ces enjeux comme des facteurs déterminants pour la santé.
- Une exigence plus grande de transparence, de respect du droit de la personne humaine sur des questions qui touchent à sa santé, à sa vie, et parfois à sa mort, qui pose des problèmes de prévention, de traitements, d'accompagnement social.

Elles vont conduire à devoir consacrer à la santé une part plus importante des richesses créées et améliorer l'efficacité du système de santé et de sécurité sociale.

Or tout le monde peut en faire le constat : les conditions d'accès aux soins se sont fortement dégradées. Au recul de la sécurité sociale dans la prise en charge de la maladie, s'est ajoutée, dans le cadre de la maîtrise comptable, la mise en place de dispositifs autoritaires pour contraindre et réduire l'offre de soins et l'activité des professionnels de santé.

Pour la CGT cette évolution n'est en rien le fait de la fatalité. Ce n'est pas la sécurité sociale qui doit être mise au banc des accusés.

Au contraire, par les principes et valeurs d'égalité et de solidarité qui fondent les droits des assurés, par sa gestion et son mode de financement, la sécurité sociale a permis au plus grand nombre de faire face aux conséquences de la maladie, d'accéder aux progrès de la médecine, voire de stimuler ce progrès.

Ce sont ces bases qu'il faut consolider pour asseoir les réformes nécessaires à de nouvelles avancées.

Gérer la sécu au mieux des intérêts des assurés sociaux

Cela suppose bien sur de rompre avec les politiques qui ont conduit à cette évolution régressive de la branche maladie.

Cela implique aussi, dans un contexte renouvelé de démocratie sociale de permettre à la sécurité sociale d'être un acteur de l'hospitalisation et de lui redonner sa pleine capacité d'intervention et de négociation avec les professionnels de santé libéraux, en particulier avec les médecins.

En effet, le mode d'exercice libéral est le mode d'exercice dominant, sinon exclusif, dans le secteur de la médecine dite de ville. La sécurité sociale est un système collectif et solidaire de prise charge financière des soins. Pour que le système fonctionne et si l'objectif est bien de garantir aux assurés sociaux l'égal et libre accès à des soins de qualité, il faut que l'un (le corps médical) et l'autre (la sécurité sociale) se rencontrent et négocient dans le cadre d'une convention médicale leurs droits et obligations respectifs.

A cette fonction essentielle s'en ajoute une autre non moins déterminante qui est d'assurer une régulation médicalisée et concertée du système. Pour la CGT, il importe en effet que soit garantie aux assurés sociaux la bonne, sinon la meilleure, utilisation de leurs

cotisations et de toujours rechercher les conditions dans lesquelles les meilleurs soins peuvent être assurés à tous au meilleur coût.

L'hospitalisation et la sécurité sociale

L'hôpital est actuellement aspiré dans une phase de régression. La diminution des professionnels notamment les infirmières produit une pénurie de personnel.

Les projections actuelles tablent également sur une diminution nette du nombre de médecins de plus de 25% entre 2010 et 2020.

Des difficultés particulières dans certaines spécialités (gynécologie – obstétrique, anesthésie – réanimation, ophtalmologie) se traduisent par des inégalités d'accès à la santé.

Les restructurations se font avec l'objectif de réduire l'offre de soins.

La place du service public hospitalier dans le système de soins doit donc être renforcée et l'hôpital public mis en situation de remplir pleinement et de diversifier ses missions. Sans doute, l'organisation et la distribution des soins hospitaliers et leurs modes de financement et de gestion nécessitent des ajustements.. La CGT n'y est pas opposée dès lors que ces ajustements sont pertinents, qu'ils s'inscrivent dans une perspective d'amélioration de la prise en charge sanitaire de la population et qu'ils ont fait l'objet d'une véritable concertation avec les différents acteurs concernés.

Plus de la moitié du budget de la sécurité sociale est consacré au financement de l'hospitalisation. Pourtant, la sécurité sociale n'intervient pratiquement pas sur les choix, les orientations qui concernent l'hospitalisation, qu'elle soit publique, privée à but non lucratif ou privée à but lucratif. La politique hospitalière relève de la responsabilité quasi exclusive de l'Etat

Nous ne contestons pas cette responsabilité, mais encore faut-il qu'elle soit exercée dans le cadre de structures et de procédures qui permettent l'expression de la démocratie sociale et la prise en compte des besoins, le dialogue avec les professionnels, ce qui n'est pas le cas ni dans le cadre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ni dans celui des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) tels qu'ils existent aujourd'hui. Leur réforme doit être engagée dans ce sens. Par son expertise, mais aussi parce qu'elle finance l'hospitalisation et doit être porteuse des intérêts des assurés sociaux, la sécurité sociale est légitime à jouer un rôle important dans ces instances.

A la maîtrise comptable, nous proposons de substituer une régulation du système hospitalier fondée sur une exigence d'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge et sur la concertation.

Il importe de réfléchir à d'autres types de rapports entre les établissements hospitaliers, l'Etat et les collectivités locales, la sécurité sociale et l'ensemble des acteurs sur le champ de la santé et de la couverture maladie.

La convention médicale au service de l'égal et libre accès à des soins de qualité

Les conditions de l'égal et libre accès aux soins:

Pour remplir réellement cet objectif la convention médicale doit garantir sur tout le territoire et à tous les assurés sociaux le même prix des actes médicaux, par exemple la consultation ou la visite. Si, dans le cadre des négociations, la rémunération de ces actes médicaux doit être revalorisée et conforme à la qualification ainsi qu'aux responsabilités des médecins, y compris en prenant en compte leurs sujétions particulières, la contrepartie doit être pour les médecins l'engagement formel de respecter les tarifs conventionnels et de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Corrélativement, il importe de porter au plus haut niveau le taux de remboursement.

Par ailleurs, la possibilité de formes différentes de rémunération, par exemple sous la forme de forfaits versés directement par la caisse de sécurité sociale, doit pouvoir être envisagée d'un commun accord dans certains cas, notamment pour des actions de prévention ou de santé publique.

Enfin, une réflexion devrait être menée par les partenaires conventionnels, c'est-à-dire les représentants des médecins et la sécurité sociale sur les conditions dans lesquelles la valeur de l'acte médical pourrait être différenciée selon sa complexité : ainsi, peut-on considérer qu'un simple renouvellement d'ordonnance soit rémunéré au même tarif que la consultation qui a conduit à l'établissement du diagnostic et du traitement.

Egalité d'accès aux soins médicaux, mais aussi liberté d'accès. La CGT est en effet favorable au respect du libre choix par l'assuré social de son médecin.

Pour être efficace, le système conventionnel suppose l'adhésion massive du corps médical. C'est dire l'importance que revêtent dans le cadre conventionnel, c'est dire entre les médecins et la Sécurité sociale l'instauration de relations de confiance, l'esprit de dialogue et la volonté partagée de négocier et d'aboutir.

La convention médicale apparaît ainsi comme le moyen de concilier les intérêts des assurés sociaux (accéder librement et dans l'égalité à des soins médicaux de qualité) et ceux des médecins (garantie de conditions d'exercice et de rémunération satisfaisante).

La démographie médicale est également un facteur décisif des conditions d'accès aux soins. Les problèmes liés au fait que le nombre d'étudiants en médecine est strictement limité (le " numerus clausus ") ne relèvent pas de la responsabilité de la convention médicale, mais de l'Etat. La convention médicale par contre peut contribuer par des mesures appropriées à assurer une répartition équilibrée des médecins sur tout le territoire et garantir ainsi l'égal accès aux soins médicaux.

Les conditions d'un égal accès à des soins de qualité :

Tous les assurés sociaux doivent pouvoir bénéficier de soins de qualité. Les partenaires conventionnels ont une responsabilité particulière à cet égard et la convention médicale peut y contribuer, à travers la formation continue, l'aide au diagnostic et à la prescription, la promotion des bonnes pratiques professionnelles ; l'évaluation, sous certaines conditions, peut également concourir à la réalisation de cet objectif.

La coordination des soins, le travail en réseau, le développement de pratiques coopératives peuvent être source de plus grande efficacité du soin et de meilleures allocations de ressource.

L'objectif est la prise en charge de la personne de manière globale, cohérente et dans son environnement.

Par ailleurs, le problème de la multiplication des actes doit être posée sans détours. Ce qu'on appelle la " course à l'acte " consiste pour certains médecins à faire par exemple le plus de consultations dans le but surtout d'augmenter leurs revenus. Ce phénomène existe, il pèse inutilement sur la dépense et peut faire obstacle à la qualité des soins.

Pour réduire ce phénomène, il faut que les médecins soient correctement rémunérés. Mais cela ne peut suffire. Pour la CGT des mesures doivent être discutées et prises dans le cadre de la convention médicale pour limiter cette possibilité.

La régulation médicalisée et concertée des dépenses d'assurance maladie

Gérer au mieux la part des cotisations des assurés sociaux consacrées aux dépenses de soins est une exigence partagée par la CGT.

A cet égard, la CGT rejette toute mesure qui pourrait avoir pour effet de réduire les dépenses en limitant le champ de la couverture maladie obligatoire ou d'enfermer les dépenses de la couverture maladie obligatoire dans une enveloppe financière limitative.

Pour autant, la nécessité d'établir des prévisions de dépenses, voire de fixer des objectifs prévisionnels de dépenses, et d'en assurer le suivi participe du souci légitime d'une gestion efficace des cotisations des assurés sociaux et n'est pas contestable.

D'une manière générale, l'ensemble des actions relatives à la qualité des soins (la formation continue, les références et recommandations médicales, l'évaluation, les pratiques coopératives, la coordination des soins) s'inscrivent dans une démarche d'optimisation des dépenses et d'efficience des soins ambulatoires.

Par ailleurs, sans contester le recours aux médicaments génériques, la CGT demande que l'ensemble du dossier concernant le médicament soit ouvert et l'ensemble des questions abordées, de la recherche à la mise sur le marché et la distribution, en passant par la question des stratégies industrielles des groupes pharmaceutiques et celle des profits.

Enfin, le suivi des dépenses de santé et d'assurance maladie doit être assuré dans le cadre d'instances et de procédures partenariales sécurité sociale/professionnels de santé permettant, le cas échéant, d'engager d'un commun accord des actions correctrices au niveau local ou régional et au niveau national.

Les principes et les règles qui régissent les relations entre la sécurité sociale et les médecins libéraux doivent pouvoir être étendues à l'ensemble des professionnels de santé libéraux, infirmiers, sage-femmes, dentistes, kinésithérapeutes... .

POSITION ET PROPOSITIONS DE LA CGT :

LES RAPPORTS ENTRE LA SECURITE SOCIALE ET LES ORGANISMES ASSUREURS

Une grande partie du débat sur la réforme de la Sécurité sociale à mettre en œuvre s'organise depuis plusieurs mois à partir de la répartition des interventions entre la Sécurité sociale et les organismes assureurs.

Ce choix n'est pas innocent. Il porte la volonté du gouvernement, du patronat, de professionnels de santé et des organismes assureurs de structurer la protection sociale sur une répartition entre les régimes par répartition et la capitalisation en faveur de cette dernière.

La présente note vise à clarifier les données du débat, éclairer les enjeux, préciser et argumenter les positions de la CGT.

- . Clarifier les données du débat
- . Les dangers de l'équivalence entre la Sécurité sociale et organismes assureurs
- . Les positions de la CGT

. Clarifier les données du débat :

Pour l'essentiel, les données en débat émanent des propositions du rapport Chadelat, rédigé à la demande du ministre des Affaires sociales. Partant de ces données les partenaires sociaux (patronat, syndicats), les organismes assureurs (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) s'expriment alors que la réforme n'est pas encore présentée.

Il s'agit donc de préciser le sujet et de donner les définitions des termes utilisés. Cette étape est indispensable pour comprendre les fondements des positions de la CGT concernant le rôle fondamental du régime général.

En présentant le sujet sous le thème: «La répartition des interventions entre la SS et les organismes assureurs (OA) » les OA sont mis à égalité de traitement et de responsabilités avec la SS. **C'est inacceptable car ce sont des organismes qui ne sont pas de même nature et qui n'ont pas les mêmes objectifs que la SS.**

Différences entre la SS et les OA :

La Sécurité sociale : C'est le régime général dont les principes sont l'égalité des droits et des obligations, la solidarité, la démocratie, le caractère obligatoire, un financement ancré à l'entreprise.

Par ses fonctions elle est déterminante sur le contenu et l'étendue de la couverture générale ainsi que sur les besoins de financement et l'évolution des cotisations. Elle assume des missions d'intérêt général et de service public.

Ces valeurs sont concrétisées dans les principes généraux définis dans le code de la Sécurité sociale (art. L111-1) :

« L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.

Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille... »

Les organismes assureurs : depuis la Loi Evin (dec 89), ce sont : les mutuelles (code de la Mutualité), les institutions de prévoyance (code de la SS), les entreprises d'assurance- Sté et mutuelles- (code des Assurances). Ces OA sont soit à but lucratif (Sté d'assurance) et leurs activités ont pour finalité la rémunération du Capital et des actionnaires, soient à but non lucratif (mutuelle et institutions de prévoyance), elles n'ont pas le droit de reverser des dividendes et ont des règles de fonctionnement démocratiques obligatoires (Mutuelles : un homme = une voix, IP= paritarisme)

Au-delà du but lucratif ou non ces organismes sont :

Des organismes privés qui ne concernent que leurs clients ou adhérents. Ils sont en concurrence entre eux

La couverture ou les prestations proposées relèvent de leurs choix. Ce choix est soumis à la concurrence

Les règles de l'assurance leur sont appliquées, entre autres :

Les contrats ou adhésions sont annuels, renouvelables, dénonçables.

Le montant des cotisations ou primes sont le résultat de calcul relevant de l'assurance et soumis à la concurrence.

La gestion impose des provisions financières dont les règles sont encadrées et contrôlées afin de garantir que l'organisme peut à tout moment répondre aux engagements pris dans les contrats.

Aucune couverture complémentaire n'est obligatoire. Certains contrats (notamment collectifs) mutualisent les risques et la gestion. La couverture complémentaire dépend essentiellement du pouvoir d'achat. Les plus démunis en sont exclus ou se paient une couverture de bas de gamme.

Pour toutes ces raisons les organismes assureurs ne peuvent en aucun cas être placés à égalité de droits et de responsabilités avec la Sécurité sociale.

La notion de « panier de soins et de services » : Il est proposé de définir « un panier de soins et de services » pris en charge par la SS. Le reste relèverait des couvertures complémentaires individuelles ou collectives.

Sur le fond cette approche est une modification radicalement opposée aux principes actuels. Tel que le définit le code de la SS (voir ci-dessus), la SS garantit les travailleurs et leur famille contre « les risques de toute nature ». Le principe est donc la non sélection des risques, seules les capacités financières conditionnent la limitation de la prise en charge.

En fait la création d'un « panier de soins et de services » conduit à inverser les principes et imposer une sélection des prestations du régime général.

La couverture complémentaire : à ce jour la couverture complémentaire s'entendait comme complémentaire à la Sécurité sociale. La majorité des accords collectifs de prévoyance précisent que la prise en charge de la SS conditionne le déclenchement de la complémentaire. Des mutuelles ont également adopté la même démarche. Dans les propositions actuelles ce serait une protection sociale radicalement différente qui s'organiserait. Il y aurait une répartition des couvertures et des responsabilités entre le régime de base et les complémentaires. Les complémentaires ne seraient plus attachées au régime de base et pourraient devenir déterminant et même intervenir seules pour certaines prestations.

La place et le rôle de la SS reste donc déterminant pour la CGT. Toutes modifications modifiant des principes fondamentaux portent en germe la déstructuration de la SS et le transfert des prestations au marché privé.

La couverture obligatoire et complémentaire à 100% : C'est une donnée nouvelle dans les débats. Il serait créé un niveau de prestations dont le 100 % serait assuré par la SS + les complémentaires.

Or, la couverture complémentaire ne peut pas avoir un caractère obligatoire puisqu'elle relève de l'assurance et de la liberté de choix de chacun pour l'individuel, et de la négociation pour le collectif.

Seule la couverture obligatoire (régime général) peut être prise en charge à 100%.

C'est la seule partie de l'assurance maladie pour laquelle il y a une garantie. Actuellement, seulement dans des cas de pathologie grave la prise en charge est assumée à ce niveau. Pour l'assuré classique un % de prise en charge varie selon les prestations.

En assurance, il n'y a pas d'obligation ni de couverture ni de niveau, donc la notion du 100% est totalement inapplicable.

Cette formule est imprécise et inadaptée.

Que peut-elle cacher ?

La globalisation de la couverture entre l'obligatoire et le complémentaire, c'est à dire l'égalité entre la SS et les OA.

Un niveau de la couverture entre la SS et les OA qui pourrait relever d'une « entente. »

Un niveau non avoué s'installerait au-dessus du 100%. Décider par qui ?

Dans ce débat la CGT affirme qu'il n'y a aucun intérêt pour les assurés à remettre en cause le rôle de la SS.

. **Les dangers de l'équivalence SS et OA :**

Le démantèlement de la SS et transfert vers les OA : dans les propositions actuelles les OA pourraient être parties prenante de la détermination des prestations servies par la SS. Autant dire que le marché de la santé sera entre les mains des OA. Leurs critères de choix ne peuvent être la réponse aux besoins. Par contre ils participeraient activement à la sélection des personnes couvertes et de critères permettant la rentabilité maximum. Par exemple : Les maladies lourdes, les populations défavorisées seraient à charge de la SS. Les risques légers ou lucratifs, les populations dites solvables seront le marché de l'assurance. C'est d'ores et déjà le processus engagé par les différentes mesures de déremboursement de la SS.

L'intervention des OA dans la gestion du risque : L'égalité avec la SS c'est aussi pour les OA leur intervention dans la gestion du risque et la maîtrise des dépenses de santé. Cette responsabilité est réelle. Elle peut être assumée en améliorant la circulation actuelle de l'information des dépenses de santé et la centralisation par la SS. Les OA revendiquent aujourd'hui l'accès aux données médicales et la répartition des responsabilités de gestion de certains risques. Le partage des données implique de fragiliser le secret médical et la confidentialité des données de santé. Si, au nom de la maîtrise des dépenses, les OA doivent avoir accès aux données personnelles compte tenu de la circulation des « clients » d'un organisme à l'autre la confidentialité sera remise en cause

Personne ne peut garantir l'imperméabilité entre les différents organismes assureurs et les parties intéressées par les données médicales : le patronat pour les plans de licenciement, pour l'embauche, les banques pour les demandes de crédit...

L'application du contrat de complémentaire maladie sans questionnaire médical sera-t-il dans ces conditions une réalité ?

L'accès à ces données peut être utilisé et avoir pour conséquence d'organiser des pressions contre les assurés.

Un coût exorbitant pour les assurés : Personne ne conteste que la couverture complémentaire soit nettement plus chère que la couverture obligatoire. Elle est moins stable, elle est moins sûre.

Par exemple la loi EVIN reconnaît que le passage d'un salarié d'un contrat collectif à un contrat individuel (cas de licenciement, de départ à la retraite), impose une augmentation de la cotisation qui ne peut être supérieure à 50%.

La différence pour l'assuré entre la SS et la complémentaire n'est pas quantifiable car l'assurance fait payer les risques liés à l'âge; aux risques encourus selon les activités, les provisions pour répondre aux engagements, des coûts de fonctionnement supérieurs à ceux de la SS.

. **Les positions de la CGT :**

⇒ *Seule la Sécurité sociale doit être le fondement de la protection sociale dans le cadre d'une politique de santé publique.*

La réforme doit porter avant tout sur les besoins de santé et les réponses apportées dans le cadre de la solidarité nationale.

C'est la réforme de la sécurité sociale qui doit être clairement débattue.

Pour la CGT, elle doit concerner :

- Les prestations et leur niveau,
- Le financement
- La démocratisation

⇒ *La SS doit être l'outil central et de pilotage de l'ensemble des initiatives dans le fonctionnement de l'assurance maladie :*

La sécurité sociale doit être l'outil de connaissance, de maîtrise des consommations et des dépenses de santé. C'est actuellement un organe centralisateur qui garantit le sérieux tout en préservant la confidentialité des traitements des assurés.

C'est également l'outil de gestion le plus fiable, le moins onéreux et le seul en capacité de garantir la globalisation et la cohésion des informations.

⇒ *Elle doit assumer un rôle pivot dans les coordinations, coopérations nécessaires avec les organismes assureurs dans les domaines qui les concernent.*

La coordination entre la SS et les différents organismes assureurs (mutuelles, institutions de prévoyance, entreprises d'assurance) sont indispensables. Ils doivent avoir pour but l'efficacité de traitement des dossiers, la complémentarité et la rapidité des remboursements. Actuellement ces coordinations existent sans être formalisées.

La CGT propose l'organisation permanente de contacts permettant de structurer la réponse à ces besoins.

⇒ *Elle doit avoir la responsabilité des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé après consultation des divers intervenants :*

La CGT propose la création d'une structure permanente de consultation préalable aux négociations conventionnelles. Cette structure permettrait aux OA d'exprimer leurs observations et avis. Parce qu'elle est la seule à représenter l'intérêt général la SS aurait la responsabilité de l'animation de cette structure.

LA CGT PROPOSE :

UNE DEMOCRATISATION DE LA SECURITE SOCIALE

La gestion des organismes de Sécurité sociale doit être réaménagée dans le cadre actuel de l'organisation de la Sécurité sociale.

Le champ de la solidarité s'est élargi, tant en terme de bénéficiaires que de couverture sociale.

Ce mouvement s'est opéré à l'intérieur du régime général de la Sécurité sociale, qui reste fondamentalement structuré par et autour du travail salarié.

Au-delà des modalités selon lesquelles peuvent s'opérer, tel ou tel prélèvement (comme la CSG), le financement reste assis sur le travail salarié.

Des conseils d'administration renouvelés

C'est pourquoi les partenaires sociaux ont vocation à gérer le régime général sur des bases qui garantissent la représentation majoritaire des salariés et l'élection de leurs représentants en leur donnant les droits et moyens de remplir leurs missions.

La représentation des employeurs doit être déterminée dans le cadre de collèges représentatifs de la diversité des entreprises et des employeurs (État employeur, économie sociale ... et pas uniquement MEDEF/CGPME/UPA).

La création d'un conseil national de la Sécurité sociale

Représentation des acteurs sociaux, intervenant dans le domaine de la santé et de la protection sociale, il aura pour mission d'évaluer les besoins et de formuler des suggestions sur les moyens à mettre en œuvre, voire sur les axes de réformes souhaitables pour assurer la couverture optimale de la population.

Une démocratie plus participative des assurés sociaux

Des modalités seront déterminées leur permettant de s'exprimer sur les grands choix et priorités à retenir (Assises, États généraux...).

Des prérogatives plus importantes pour les Conseils d'Administration

. Avis et consultation de la Caisse Nationale

Le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés étudiera les recommandations et orientations du Conseil supérieur de la Sécurité sociale.

Il soumettra des propositions et négociera avec l'État, les grands axes de la politique à venir en matière de Sécurité sociale, tant en ce qui concerne le financement et les conditions de l'équilibre financier que les prestations et leur évolution.

Les objectifs d'évolution des dépenses seront des objectifs prévisionnels.

C'est le résultat de cette construction partenariale entre la Sécurité sociale et l'État qui constituera le projet de loi de la Sécurité sociale soumis au Parlement.

Le même type de procédure devra être suivi en cours d'année par l'adoption des projets de loi touchant à la Sécurité sociale et pour les dispositions d'ordre parlementaire.

Des dispositions législatives seront prises pour permettre la mise en œuvre d'une démarche partenariale entre la Sécurité sociale et l'État.

Sur ces bases, les Conseils d'administration seront appelés à mettre en œuvre, ce qui implique l'élargissement de leurs prérogatives et de leurs compétences, une réelle prise en compte de leur avis.

Des procédures seront mises en place pour que les autorités examinent les initiatives et propositions des Conseils tant locaux que nationaux. Elles devront motiver les suites qu'elles entendent leur donner.

Si le pouvoir de gestion doit être rendu aux organismes et à leurs Conseils d'administration, il importe que cette gestion s'inscrive dans un schéma prévisionnel cohérent, transparent et lisible pour tous. La Caisse nationale de Sécurité sociale des Travailleurs Salariés définira en étroite collaboration avec les organismes de base, un « Projet de branche triennal » qui fixera les grands axes et priorités constitutifs de la politique de la branche en matière de gestion des prestations, d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative, de qualité du service rendu et d'information aux assurés et allocataires.

Ce projet de branche, qui pourrait comporter des prévisions voire des propositions, en matière d'équilibre financier, sera soumis à l'approbation des pouvoirs publics dans des conditions qu'il conviendra de préciser.

Dans le cadre d'une démarche partenariale et d'une procédure adaptée en conséquence pour l'élaboration de la loi annuelle de Sécurité sociale », l'articulation entre cette dernière et le projet de branche ne devrait pas poser de difficultés majeures.

2. De réels pouvoirs pour les Conseils d'administration

Il convient de redynamiser le rôle des organismes, rétablir l'autorité des Conseils d'administration et leur rendre de réels pouvoirs dans les domaines relevant de leurs attributions.

⇒ *La nomination des directeurs par les Conseils d'administration, tant en ce qui concerne les caisses locales que les caisses nationales.*

L'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale devra être revue. L'organisation en vigueur, de type hiérarchique et vertical, doit être réaménagée et accorder une plus grande place à l'autonomie et à la responsabilité des organismes. Cela implique notamment :

⇒ *Une réelle capacité d'intervention et d'initiative des organismes de base et de leurs Conseils d'administration pour les actions à caractère local et leur association à la définition, autant qu'à la mise en œuvre des actions et orientations à caractère national. Les procédures budgétaires devront être adoptées en conséquence.*

La démocratisation de la Sécurité sociale implique que les Caisse nationale et locales ainsi que leurs Conseils d'administration disposent de pouvoirs étendus.

Cela nécessite qu'ils puissent, comme indiqué plus haut, définir un projet de branche et être réellement impliqués dans l'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale.

Le rôle de la Caisse nationale, et par suite les responsabilités de son Conseil d'administration, pourra être repris, sous réserve de certains réaménagements.

Ainsi la responsabilité du financement et de l'équilibre financier de la branche doit être effectivement exercée par le Conseil d'administration de la Caisse nationale concernée.

A cet égard, le pouvoir d'initiative et de proposition du Conseils d'administration devra être étendu et aucune décision relative au financement ou à l'équilibre financier de la branche ne devrait être prise sans l'accord de la majorité du Conseil d'administration.

De même, les Conseils d'administration doivent pouvoir maîtriser leurs actions sociales et, pour la branche maladie, leurs actions sanitaires et de prévention.

Ces actions ne sauraient être la simple exécution de programmes fixés par les autorités ministérielles. Des mesures législatives et réglementaire doivent être prises à cet effet et en concertation avec les partenaires sociaux.

Il importe cependant de prévoir des dispositions qui permettent pour la définition de ces programmes de se référer aux orientations et recommandations du Conseil national de la Sécurité sociale et de s'appuyer sur les données et priorités définies par les institutions sanitaires et sociales (Conférence nationale de la santé, Conférence Famille, etc.).

Un statut des administrateurs

La reconnaissance pleine et entière des Conseils d'administration doit être accompagnée d'un véritable statut permettant de garantir l'exercice du mandat d'administrateur.

L'exercice du mandat d'administrateur de la Sécurité sociale doit rester bénévole.

Il importe cependant que des dispositions soient prises afin de faciliter et de protéger cet exercice.

Cela implique notamment :

- des dispositions permettant aux administrateurs de se former dans des conditions satisfaisantes ;
- la reconnaissance du temps de préparation nécessaire à l'examen des dossiers souvent complexes sur lesquels ils sont appelés à travailler et à se prononcer ;
- la possibilité pour les administrateurs de disposer d'un temps reconnu pour rendre compte de leur mandat, rencontrer les assurés, les associations, les collectivités locales, les professionnels de santé...
- Nous demandons que le temps ainsi consacré soit juridiquement reconnu et financièrement compensé.
- L'accès à l'information et à l'aide technique des services de l'organisme.

Cette extension des libertés indispensables de l'administrateur pour le plein exercice de son mandat suppose qu'elles soient garanties à l'administrateur vis à vis de son employeur. Compte tenu du temps passé hors de l'entreprise, la meilleure garantie de l'application de ces nouveaux droits serait que ce temps soit pris en charge par l'organisme et remboursé à l'employeur sur la base d'un système souple, mais qui n'exclurait pas les possibilités de contrôles, de déclarations sur l'honneur de la part des administrateurs à la Caisse.

Ces dispositions doivent évidemment s'appliquer aux administrateurs représentant les personnels.

Quelle est la part structurelle du déficit de l'assurance maladie ?

Le document présenté au Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie consacré aux principaux paramètres financiers et économiques des dépenses de santé considère « *qu'environ un quart du déficit de la CNAM (soit 2,7 Mds €) est imputable à la conjoncture, ce qui signifie que les trois quarts du déficit de l'assurance maladie sont d'origine structurelle* ». Ce jugement s'appuie sur une annexe établie par la Direction de la Prévision (DP) du ministère des Finances. Il est à priori étonnant. En effet, la rapide dégradation de la situation financière de l'assurance maladie, et plus largement du régime général, s'explique largement par la chute de la croissance, et en particulier par le fort ralentissement de la croissance de la masse salariale.

En fait, une étude approfondie de la note établie par la DP montre que cette conclusion résulte largement de la méthode adoptée, laquelle a sa cohérence mais repose sur un certain nombre d'hypothèses discutables. D'autres choix méthodologiques sont possibles qui conduisent à estimer que la part de la conjoncture dans le déficit a été sous-estimée.

La méthodologie de la Direction de la Prévision du ministère des Finances n'est pas exempte de critiques

Présentation de la méthode de la DP

Le concept de croissance potentielle est bien connu des économistes¹. La croissance potentielle est le taux de croissance de l'économie dans une situation de plein-emploi des facteurs de production (en particulier, le plein-emploi de la population active), compte tenu de la technologie du moment. C'est la tendance de long terme de l'économie, indépendamment des fluctuations conjoncturelles.

La DP utilise ce concept de croissance potentielle pour estimer la part du déficit liée à la conjoncture. En effet, si le taux de croissance est inférieur à la tendance de long terme (la croissance potentielle), il en résultera une perte de ressources pour la sécurité sociale.

Le raisonnement est mené en plusieurs étapes. On calcule d'abord la croissance potentielle, que la DP estime à 2,5% par an ; ensuite on estime « *l'output gap* », la perte de recettes due à la baisse de la croissance (-0,5% en 2002 et -2,5% en 2003 selon la DP) ; enfin, on calcule les recettes potentielles, celles qu'aurait reçues la sécurité sociale si la croissance effective aurait été égale à la croissance potentielle.

Une approche critiquable

Cette approche est intéressante, mais elle se heurte à de sérieux problèmes méthodologiques.

En premier lieu, le document établi par la DP ne donne pas les informations nécessaires pour vérifier ses calculs.

La DP estime, on l'a vu, que la croissance potentielle est de 2,5% par an. Mais elle ne fournit aucun élément sur la manière dont elle arrive à ce résultat. En particulier, elle ne précise pas son hypothèse de taux de chômage. Or, cette question de la définition du plein-emploi est bien

¹ Pour une présentation du concept de croissance potentielle, voir Nasser Mansouri-Guilani dans « Que se cache-t-il derrière la nouvelle économie ? » p. 91 – VO Editions.

évidemment importante : le PIB n'est naturellement pas le même selon que le taux de chômage est de 6% ou de 3%

Le stade suivant du raisonnement consiste à estimer la part conjoncturelle du déficit, compte tenu de « *l'output gap* ». Au final, le résultat est donné par le tableau ci-dessous :

Part structurelle dans le déficit de la CNAM selon la DP

| | 2002 | 2003 |
|--|--------------|--------------|
| Dépenses | 117,3 | 125,0 |
| Recettes | 111,2 | 114,4 |
| Recettes structurelles | 111,8 | 117,1 |
| Solde effectif | -6,1 | -10,6 |
| Solde structurel | -5,5 | -7,9 |
| <i>Part du solde structurel dans le solde effectif</i> | <i>90,7%</i> | <i>74,2%</i> |

En second lieu, **d'autres hypothèses peuvent être retenues, qui conduiraient à une estimation supérieure de la croissance potentielle, et à une augmentation des recettes structurelles.**

- On peut prendre ***un taux de chômage plus faible***. Nous ne connaissons pas l'hypothèse de taux de chômage retenu par la DP. Toutefois, il est hors de doute qu'elle repose sur l'hypothèse absolument contestable du NAIRU², ou taux de chômage naturel. Dans cette conception, au dessous d'un certain niveau de taux de chômage l'inflation repart parce que les salariés demandent des augmentations de salaire. Ces estimations sont variables, elles étaient de 9% dans le rapport Charpin, de 4,5% dans le rapport du COR. Nous récusons cette approche : pour nous, le taux de chômage correspond uniquement à ce qu'on appelle le chômage frictionnel, qui correspond au fait que les salariés qui souhaitent changer un emploi se trouvent temporairement au chômage. En général, nous estimons à l'activité économique de la CGT que le plein-emploi correspond à un taux de chômage de 3%. Il n'y a pas de «taux de chômage « naturel »
- ***Les gains de productivité peuvent être supérieurs***. Le COR avait ainsi établi des simulations avec une croissance annuelle de la productivité de 2,5% et non d'1,8% ;
- ***La part des salaires dans la valeur ajoutée peut croître*** : son taux actuel, de l'ordre de 58%, est historiquement bas. Si la part des salaires dans la valeur ajoutée augmentait, les effets sur le financement de la protection sociale seraient très importants, l'assiette des cotisations étant principalement les salaires (cela est vrai des cotisations, mais aussi de la CSG) ;
- En soi, ***la notion de déficit de l'assurance maladie est extrêmement contestable***. S'il est relativement aisé d'identifier les dépenses de chaque branche, les recettes sont affectées, à l'exception des cotisations, selon des clés de répartition arbitraires et qui varient d'un PLFSS (*Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale*) à l'autre : ainsi, la CSG est répartie entre les régimes d'assurance maladie selon un mécanisme assez compliqué (et parfaitement technocratique), qui aboutit à ce qu'en situation de récession la totalité de la perte de recettes soit affectée à la CNAM ; la répartition des recettes parafiscales varie

² NAIRU = non accelerating inflation rate of unemployment, le taux de chômage en dessous duquel l'inflation accélère.

d'une année à l'autre : par exemple, la CNAM percevait en 2000 45% du produit de la taxe sur les alcools, et rien depuis ; sa part sur les droits du tabac a varié entre un minimum de 2,61% en 2001 et 16% en 2000 (15,2% en 2003). Dans ces conditions, on peut dire en forçant un peu le trait, **que parler de déficit de l'assurance maladie ne veut rien dire**. En revanche, la notion de déficit du régime général a beaucoup plus de sens, parce qu'elle dépend moins de clefs de répartition arbitraires.

C'est pourquoi, en appliquant la même méthode que la DP, nous testons 2 hypothèses différentes :

- une croissance potentielle de 3% par an ;
- une estimation du déficit structurel sur le régime général dans son ensemble ;

Un taux de croissance plus élevé

Nous testons les effets d'un taux de croissance potentielle plus élevé. Nous le fixons à 3%, ce qui peut correspondre par exemple à des gains de productivité supérieurs (2,5% au lieu de 1,8%/1,9%). Cela se traduit par une amélioration réelle, quoique assez modeste.

Part structurelle dans le déficit de la CNAM, croissance 3% par an

| | 2002 | 2003 |
|--|--------------|--------------|
| Dépenses | 117,3 | 125,0 |
| Recettes | 111,2 | 114,4 |
| Recettes structurelles | 112,3 | 117,8 |
| Solde effectif | -6,1 | -10,6 |
| Solde structurel | -5,0 | -7,2 |
| <i>Part du solde structurel dans le solde effectif</i> | <i>81,8%</i> | <i>67,6%</i> |

Elargissement de la méthode à l'ensemble du régime général

Nous appliquons ici la même méthode que pour la CNAM sur les comptes consolidés du régime général. La composante structurelle du solde est alors beaucoup plus faible. Les hypothèses sont les mêmes que dans la simulation de la DP (taux de croissance annuel =2,5%).

Part structurelle dans le déficit du régime général : hypothèse 2,5%

| | 2002 | 2003 |
|--|--------------|--------------|
| Dépenses | 234,5 | 248,0 |
| Recettes | 231,0 | 239,1 |
| Recettes structurelles | 232,2 | 245,1 |
| Solde effectif | -3,5 | -8,9 |
| Solde structurel | -2,3 | -2,9 |
| <i>Part du solde structurel dans le solde effectif</i> | <i>67,0%</i> | <i>32,8%</i> |

Si on raisonne sur le régime général pris dans son ensemble, le déficit structurel est donc beaucoup plus modéré.

D'autres méthodes sont envisageables

Nous proposons 3 méthodes d'analyse différentes.

Comparaison du PLFSS 2003 et des réalisations

Nous comparons d'abord le PLFSS 2003 avec ses réalisations.

Analyse des écarts PLFSS 2003/réalisations 2003 (en millions €)

| | PLFSS 2003 | Réalisations | Ecart |
|------------------------------|----------------|----------------|---------------|
| PRODUITS | | | |
| Cotisations | 61 153 | 60 279 | -874 |
| CSG | 39 769 | 38 731 | -1 038 |
| Impôts et taxes | 2 776 | 2 645 | -131 |
| <i>Dont alcool</i> | 407 | 415 | 8 |
| <i>tabac</i> | 1 461 | 1 332 | -129 |
| Produits techniques | 8 828 | 8 473 | -355 |
| <i>dont compensation</i> | 84 | 101 | 17 |
| <i>dont FOREC</i> | 6 808 | 6 489 | -319 |
| Reprises sur provisions | 4 408 | 4 114 | -294 |
| Produits financiers | | | |
| Produits de gestion courante | 105 | 105 | 0 |
| Produits exceptionnels | 39 | 50 | 11 |
| Total produits | 117 078 | 114 397 | -2 681 |
| CHARGES | | | |
| Prestations sociales | 108 167 | 108 751 | 584 |
| Charges techniques | 6 031 | 6 857 | 826 |
| <i>Dont compensation</i> | 2 855 | 3 331 | 476 |
| Dotations aux provisions | 4 311 | 3 699 | -612 |
| Charges financières | 400 | 400 | 0 |
| Charges de gestion courante | 5 069 | 5 261 | 192 |
| Charges exceptionnelles | 29 | 23 | -6 |
| Total charges | 124 007 | 124 991 | 984 |
| SOLDE | -6 929 | -10 594 | -3 665 |

Ce tableau un peu compliqué permet de faire ressortir des éléments fort intéressants. Il compare les comptes 2003 de la CNAM tels qu'ils ressortaient du PLFSS 2003 avec les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003. Cet exercice est particulièrement éclairant, parce que le taux de croissance ayant servi à établir le PLFSS 2003 était précisément de 2,5%, soit la croissance potentielle estimée par la DP.

On constate que l'aggravation du déficit résulte à hauteur de 73,1% d'une perte de recettes, et seulement de 26,9% de l'augmentation des dépenses. Les pertes de recettes directement liées à la conjoncture (cotisations, CSG, taxes diverses comme le tabac, remboursement des exonérations du FOREC) s'élèvent au minimum à 2,4 Mds € soit 64,4% du total.

En revanche, si on présente les résultats de manière cohérente avec l'approche de la DP, on retrouve les mêmes résultats que cette dernière :

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Recettes structurelles de la CNAM | 116,8 |
| Dépenses | 125,0 |
| Solde | -8,2 |
| <i>Part structurelle du déficit</i> | <i>77,7%</i> |

(en milliards €)

On peut dégager la conclusion suivante : cette méthode aboutit aux mêmes résultats que la DP quant à l'estimation du déficit structurel, mais la part de la conjoncture dans la dégradation des comptes en 2003 est nettement plus importante que dans le chiffrage de la Direction de la Prévision : entre les 2/3 et les 3/4 de la dégradation contre 50% dans la note du Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie.

Ce résultat confirme la très grande importance de la croissance, et en particulier de l'emploi, dans l'équilibre financier du régime général.

Croissance potentielle et évolution de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie des 5 dernières années

Dans cette simulation, on rapporte la croissance potentielle sur le taux de croissance de l'ONDAM des 5 dernières années (1999/2003) : +5,4% par an.

Le déficit structurel est alors de :

| | |
|-------------------------------|-------|
| Croissance potentielle = 2,5% | 53,7% |
| Croissance potentielle = 3% | 44,4% |

Croissance potentielle et situation de plein-emploi

Dans cette dernière simulation nous estimons le PIB 2001 si l'économie était en situation de plein-emploi (taux de chômage de 3% et non de 9%). Puis nous estimons qu'en 2002 et 2003 la croissance a été de 3% (soit environ 0,5% de croissance de la population active et 2,5% de gains de productivité du travail. Ensuite, nous considérons que les recettes liées à la croissance (cotisations sociales, CSG, impôts et taxes, remboursements du FOREC³) sont une proportion fixe du PIB.

Le déficit structurel est alors le suivant :

Part structurelle dans le déficit de la CNAM, taux de chômage 3%

| | 2002 | 2003 |
|--|-----------------------|--------------|
| Dépenses | 117,3 | 125,0 |
| Recettes | 111,2 | 114,4 |
| Recettes structurelles | 119,3 | 122,8 |
| Solde effectif | -6,1 | -10,6 |
| Solde structurel | 2,0 | -2,2 |
| <i>Part du solde structurel dans le solde effectif</i> | <i>NS⁴</i> | <i>20,8%</i> |

Dans cette approche, le déficit structurel au sens de la DP n'est plus que de 20% en 2003, il y a un excédent en 2002.

Cette estimation comporte néanmoins certaines limites : elle est extrêmement simplifiée ; les hypothèses de productivité sont très élevées ; on suppose que le retour au plein-emploi ne se traduit pas par une baisse de la productivité. Il s'agit vraiment du maximum de croissance à long terme. Les résultats obtenus correspondent à une fourchette haute de la croissance correspondant à des résultats très favorables. Dans la pratique, il faudrait des taux de croissance très élevés pendant plusieurs années, nettement supérieurs à 3%, pour que la croissance observée rejoigne le sentier de la croissance potentielle. Par exemple, pour atteindre un taux de chômage de 3% en 2010, il faudrait des taux de croissance supérieurs à 4% par an sur la période 2004-2010.

³ FOREC : Fonds de Financement de la Réforme des Cotisations sociales

⁴ NS : non significatif

Conclusion : le déficit est en partie structurel mais dans une mesure vraisemblablement moindre que ce qu'estime la DP

Trois conclusions majeures ressortent de cette étude :

- **la part structurelle du déficit est moins importante que dans l'étude de la DP : une estimation prudente conduit à l'estimer autour de 50%, et non de 75%**, des résultats plus favorables pouvant, comme lors de la fin des années 90, survenir ;
- **il n'y en a pas moins une part significative de déficit structurel de l'assurance maladie** : en d'autres termes il ne suffit pas d'augmenter la croissance pour régler le problème du déficit de l'assurance maladie ;
- **une croissance forte basée sur le développement de l'emploi exercerait un impact extrêmement puissant sur l'équilibre financier de la sécurité sociale.**

Ce point étant établi, *il faut bien s'entendre sur la signification de ces résultats.*

Le gouvernement et les experts du MINEFI laissent entendre, en s'appuyant sur le constat d'un déficit structurel, que la croissance des dépenses d'assurance maladie n'est pas soutenable, et qu'il faut s'engager dans une politique de déremboursements et/ou un transfert sur les assurances complémentaires. Naturellement, nous récusons totalement cette approche

Pour notre part, si nous acceptons l'idée d'un déficit structurel rendant indispensable une réforme de l'assurance maladie, nous en tirons des conclusions totalement différentes :

- *il est nécessaire de réaliser une réforme du financement de la sécurité sociale, fondée notamment sur un élargissement de l'assiette des cotisations patronales.* Cette réforme contribuerait entre autre à favoriser une croissance plus riche en emplois. Elle comporterait également des mesures comme la soumission à cotisations de l'ensemble des rémunérations des salariés. Par exemple, la suppression des exonérations au profit de l'épargne salariale et l'assujettissement des primes des fonctionnaires à cotisations rapporterait selon le document soumis au Haut conseil entre 2,5 Mds € et 3 Mds € par an.
- *Nous proposons de développer une politique ambitieuse de la prévention, centrée sur la santé au travail.* Nous pensons que cette politique de prévention aurait des effets très importants sur la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Pierre-Yves Chanu
Activités économiques de la Cgt
le 28 novembre 2003

VINGT ANS DE MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

La logique de rationalisation des dépenses hospitalières : les enveloppes fermées

Entre 1945 et 1983, les hôpitaux étaient rémunérés sur la base du prix de journée. L'assurance maladie remboursait à l'hôpital, de façon automatique, les séjours des patients en fonction de leur durée de séjour. Il est aisé de comprendre que, dans une telle situation, l'intérêt de l'hôpital était de garder les patients le plus longtemps possible. L'hôpital maximisait ainsi son taux d'occupation, alors que l'assurance maladie remboursait (à posteriori et sur la base d'un prix connu a priori) toutes les journées comptabilisées. Bien que ce mécanisme ait favorisé le développement des hôpitaux français à partir des années 1950 (on parle alors d'*hospitalocentrisme*), il n'en été pas moins porteur d'effets pervers.

En effet, cette tarification de l'hospitalisation en fonction de la durée de séjour, a accentué la croissance des dépenses de santé issue de la déstructuration des réseaux sociaux et familiaux. Les recettes s'ajustaient mécaniquement aux dépenses des établissements, sans que ceux-ci ne soient soumis à quelque contrainte financière que ce soit. Aussi, à la fin des années 70, lorsque les difficultés de financement du système de sécurité sociale apparaissent, le gouvernement va intervenir prioritairement là où ses pouvoirs financiers sont les plus importants : l'hôpital public. Il décide de mettre fin à cette absence de contrainte sur les ressources allouées aux hôpitaux et les comportements stratégiques (voire opportunistes) des acteurs qui y opèrent. Le système du prix de journée est alors clairement dénoncé comme un mode de tarification inflationniste.

Dès 1978, le financement au prix de journée est remplacé progressivement par un budget global, qui s'impose à l'ensemble des hôpitaux publics en 1984. On passe alors d'un système de financement où l'assurance maladie remboursait à l'hôpital les séjours des patients en fonction de leur durée de séjour, à une dotation globale définie ex ante sur la base du budget alloué aux établissements l'année précédente, corrigée d'un taux directeur d'évolution des dépenses hospitalières publiques. Ce système marque la fin de l'adéquation entre les ressources allouées aux hôpitaux publics et leur volume d'activité. Contraints par un budget déconnecté de la quantité de prestations fournies, les hôpitaux ont deux solutions : entrer dans un processus de sélection des activités les plus rentables ; modifier leur mode d'organisation de façon plus rationnelle, afin de pouvoir fournir les mêmes services à moindre coût. Dans cette double optique, les pouvoirs publics mettent en place le PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information).

Le PMSI vise à établir des coûts moyens par Groupes Homogène de Malades (GHM). Il s'agit d'attribuer une valeur par pathologie donnée, sur la base du coût moyen généré par le patient hospitalisé. Il impose aux établissements hospitaliers d'évaluer leur activité en volume, en qualité et en coût. A l'issue de chaque séjour, un RSS (Résumé Standard de Sortie) qui retrace le séjour du patient à travers l'ensemble des traitements reçus par celui-ci, est rempli. S'y trouvent recensés : l'âge, le sexe, le code postal de résidence, la durée de séjour, les filières d'entrée et de sortie de l'établissement, le diagnostic principal, les diagnostics associés, les actes réalisés, etc. En fin d'année, ces RSS sont agrégés en GHM. La classification française en GHM fournit une répartition médico-sociale et tarifaire des séjours hospitaliers des patients. Suite à

cette classification des séjours, chaque GHM se voit associé un nombre de points ISA (Indicateur Synthétique d'Activité). En parallèle, la réalisation d'une Etude Nationale de Coût par GHM, basée sur un échantillon d'établissements, permet de donner une valeur, en nombre de points ISA, pour chaque GHM. On peut à partir de là, construire une échelle relative, qui classe chaque GHM en fonction de la moyenne des coûts par séjour. Longtemps en gestation, le PMSI est généralisé à l'ensemble des hôpitaux publics et PSPH, par la loi de réforme hospitalière de 1991, qui précise en outre qu'il sera utilisé comme outil d'allocation externe de ressources.

Vingt ans après l'instauration de la dotation budgétaire globale et dix ans d'usage du PMSI, les impacts sur le paysage hospitalier français sont flagrants. L'échec du PMSI comme instrument d'évaluation des coûts de l'activité hospitalière, d'une part, comme mode d'allocation des ressources, d'autre part, fait l'unanimité des professionnels de santé⁵. Cet échec est principalement imputable au caractère trop restrictif et normatif du critère GHM qui n'apparaît pas, pour de nombreuses spécialités, comme l'élément explicatif essentiel du coût et de la lourdeur des activités supportées par les structures. En ne tenant pas compte de la qualité de l'accueil, des charges en soins infirmiers, de la complexité de la prise en charge sociale liée à certaines pathologies chroniques, des états de dépendances et de perte d'autonomie, ... le PMSI fait l'impasse sur des paramètres essentiels des coûts engendrés par certaines spécialités. Ainsi, une étude réalisée par la mission PMSI, basée sur les coûts réels enregistrés dans les établissements, montrait pour des populations socialement fragiles, des coûts supérieurs à 30% aux coûts moyens par GHM⁶. Ne prenant pas en compte la dimension sociale du soin, on comprend que le PMSI soit relativement représentatif des coûts des activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique), mais complètement déconnecté de ceux des services de soins de suites et de réadaptation, de long séjour, d'urgence, de psychiatrie, ... Les conséquences de ce mode de financement sont connues : baisse de la durée moyenne de séjours, hausse des taux de rotation et d'occupation des lits, déversement de certaines prestations vers le privé lucratif et le secteur ambulatoire, externalisation des services techniques et logistiques, fermetures de lits d'hospitalisation publique, concurrence entre les services internes à l'hôpital basés sur le prestige des spécialités et leurs degrés de technicité, spécialisation des hôpitaux public vers les spécialités les mieux décrites par le PMSI, Ce n'est pas un hasard si le premier grand mouvement social d'infirmières éclate en 1988, soit quatre ans après l'instauration de la dotation globale. Le lien entre la contrainte financière et le malaise social à l'hôpital est indiscutable. En particulier, il aurait été judicieux de s'interroger sur les conséquences de la baisse de la durée moyenne de séjour et de la hausse du taux d'occupation de lits, sur l'intensification du travail infirmier et 'évolution de son contenu.

La tentative du gouvernement d'étendre le système d'enveloppes fermées au secteur ambulatoire est un échec encore plus flagrant. Depuis 1997, seule année où l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté, les plafonds de dépenses votés par le parlement ont été dépassés chaque année⁷.

⁵ Pour une analyse critique plus exhaustive du PMSI lire :

- JP. Escaffre « Logique de soins, logique de gestion, logique économique », *Introduction aux journées nationales de l'API*, Brest, 27.05.98.

- C. Suarez, *Synthèse et analyse critique des réformes de financement de hôpitaux publics et privés : du PMSI à la Tarification à l'activité*, Document de travail, septembre 2003, CGT.

⁶ I. Lorand « Face à la crise de l'hôpital public, repenser le système de santé », *Regards*, septembre 2003.

⁷ P. Volovitch, *Quelle utilisation de l'outil économique dans le champ de l'assurance maladie*, Document de travail Ires, novembre 2003.

La recherche d'une maîtrise médicalisée des dépenses ambulatoires : la protocolisation

Rapidement la contrainte financière se révèle limitée en secteur ambulatoire. La liberté de prescription des médecins et leur rémunération à l'acte, d'une part, l'existence d'un secteur 2 autorisant les dépassements d'honoraires, d'autre part, n'incitant pas les libéraux à modifier leurs pratiques afin de respecter l'ONDAM. Les gouvernements jouent alors sur un argument fédérateur : la qualité.

L'exigence de la qualité des soins peut passer par plusieurs modalités : l'amélioration de la formation médicale continue, le renforcement de la coopération entre professionnels, l'inclusion du processus de soins dans une prise en charge médico-sociale, l'accès à l'expertise médicale ou encore la valorisation du mode de rémunération. Pourtant les pouvoirs publics ont donné une vision très réductrice de la qualité : la définition de protocoles de soins opposables aux médecins. L'argumentaire est simple. La progression constante des connaissances médicales et du progrès technique, la complexification des pathologies et des modes de prise en charge, font qu'il est difficile pour les médecins de suivre cette évolution. Il convient alors, de réunir face à une pathologie donnée, des experts qui s'entendent pour définir, dans le cadre de « *conférences de consensus* », le processus de soins le plus coût/efficace pour traiter cette pathologie. Les résultats de ces conférences de consensus sont communiqués aux médecins qui, face à un cas déjà traité, doivent appliquer le protocole de soins défini par les experts. Toute dérogation du médecin au protocole devra être justifiée par celui-ci. Cette logique conduit à la mise en place des références médicales opposables (RMO) en janvier 1993. Les pouvoirs publics espèrent par ce biais supprimer les gaspillages et les actes redondants, d'une part, réduire l'hétérogénéité des pratiques en vue d'un meilleur contrôle des prestations ambulatoires, d'autre part.

A l'heure actuelle, le non-respect des références médicales opposables est rarement sanctionné. Le dispositif faisait en effet l'hypothèse d'une adhésion spontanée du corps médical aux référentiels, adhésion qui ne s'est pas faite, du fait des critiques portées à leur rencontre⁸. En parallèle, les instruments de contrôle, d'interdiction ou de sanction se sont avérés sans portée efficace⁹. Pourtant, le projet de réforme de l'assurance maladie de JF. Matteï et le document d'orientation stratégique de l'assurance maladie, font de la « *protocolisation* », un axe central de la définition du périmètre de prise en charge par l'assurance maladie. Sont prévus « *la mise en œuvre d'une politique tarifaire opposable aux médecins liée à des référentiels de bonne pratique et à l'existence de protocoles de soins (...)* l'incitation pour les patients à souscrire à des contrats individuels de bon usage des soins (...) l'obligation pour les patients pris en charge en ALD à suivre des protocoles spécifiés »¹⁰.

La déclinaison de règles de bonne pratique, de référentiels scientifiques, ... en protocoles opposables au médecin pose avant tout un problème de fond. Tout d'abord, la médecine n'est pas une science exacte (sa précision augmente avec le progrès médical). Elle constitue un art dans lequel le ressenti et la subjectivité du médecin sont essentiels pour l'interprétation des données et la perception des besoins du patient. Ainsi, la

⁸ L'exemple le plus médiatique de l'opposition des médecins aux RMO est sans doute celui du frottis de col utérin, en vue d'un dépistage du cancer du col. Compte tenu du temps de latence de ce type de cancers (10 ans), les experts avaient fixé la fréquence du dépistage systématique à 3 ans, alors que la pratique courante consistait en un frottis annuel. Nombreux sont les gynécologues qui ont contré ce référentiel qui ne tenait pas compte de l'existence de cancers gynécologiques plus invasifs (concernant environ 5% des femmes). Aujourd'hui, la norme courante reste le frottis annuel, l'assurance maladie étant sensée ne rembourser la patiente qu'à l'occurrence d'un frottis tous les trois ans.

⁹ Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Thème 2 : Qualité du système de soins*, Document de travail pour la séance plénière du 27.11.03, p.7

¹⁰ CNAMTS, *Le document d'orientations stratégiques de l'assurance maladie*, 23.10.2003

« *protocolisation* » nie le caractère aléatoire intrinsèque à l'exercice de la médecine, ce qui risque d'être contre productif à terme, car les médecins essaieront de détourner les protocoles dès lors qu'ils leur sembleront non pertinents par rapport à leurs pratiques et à leurs valeurs professionnelles. Ensuite, définir un protocole pour chaque processus de soins paraît trop complexe pour être réalisable et viable dans la durée. Ce n'est possible que s'il existe un standard de pratique suffisamment incontestable, ce qui est loin d'être le cas dans nombre de pathologies avérées. Enfin, ce discours renvoie à une vision techniciste de la médecine, très en décalage avec la réalité de ce qui se dit dans les cabinets médicaux. Tout comme les règles de bonnes pratiques qui en sont la source, la pertinence des protocoles dépendra de la prise en compte de la personne avec ses conditions de vie, de travail et l'ensemble de ses symptômes, ces derniers ne relevant pas exclusivement de critères médicaux.

Toutefois, deux domaines peuvent gagner en efficacité par la définition de protocoles. Tout d'abord, celui des maladies graves qui engagent le pronostic vital de la personne (particulièrement les cancers, le Sida, les maladies orphelines et neuro-dégénératives, ...) et nécessitent la mise en œuvre rapide d'une prise en charge adaptée. Actuellement, le volume et l'hétérogénéité des informations disponibles, ajoutés à l'évolution rapide des thérapeutiques émergentes, distancent souvent les médecins et les structures de soins aux prises avec le quotidien de leurs activités. En résultent des retards considérables dans le diagnostic et le traitement de certaines pathologies lourdes, avec des conséquences dramatiques concernant le pronostic vital du patient. Dans ce cadre, la définition de protocoles de soins, peut donner aux professionnels de santé les procédures à suivre pour agir efficacement dans les meilleurs délais, en cas de maladie mettant la vie du patient en danger. Ensuite, la prévention des maladies chroniques et des comportements à risque peut-elle aussi se faire sous la forme de protocoles (ce qui est déjà souvent le cas). La nature du protocole doit dépendre de l'incidence des pathologies par facteurs de risques (géographiques, professionnels, génétiques, comportementaux, âge, sexe), alors que ses modalités (à savoir, la fréquence des dépistages) doivent être fonction de la probabilité de réalisation du risque (importante ou faible). Bien entendu, ces protocoles devront être évolutifs, intégrer les progrès scientifiques et tolérer des « *déviances éventuelles* » pour peu que celles-ci soient clairement objectivées par le médecin.

Enfin, la « *protocolisation* » pose deux questions : celle de la responsabilisation des praticiens et des usagers, d'une part, celle des champs pertinents d'intervention des pouvoirs publics, d'autre part.

- Tout d'abord, l'efficacité de la mise en place de protocoles suppose qu'ils soient suivis par les médecins et les patients, ce qui suppose la mise en place de mesures incitatives à cette fin. Les préconisations de JF. Matteï penchent fortement en faveur d'une responsabilisation financière (meilleur taux de remboursement pour les patients se pliant à des protocoles, ou pénalisation des médecins prescrivant des actes hors protocoles). La faible efficacité des mesures mises en place depuis une vingtaine d'année, nous fait douter de la pertinence de telles mesures. Pour les professionnels de santé tout d'abord, la nature des mesures incitatives au respect des règles de bonnes pratiques et des protocoles pourrait faire l'objet d'une négociation avec l'assurance maladie, sachant que le contrôle interne est incontournable. Pour les usagers ensuite, les mesures incitatives devraient être restreintes¹¹ au respect des protocoles de

¹¹ Cet aspect paraît essentiel au vu de l'asymétrie d'information existant entre le médecin et son patient, ce dernier ne pouvant absolument pas juger à priori de la pertinence du traitement proposé par son médecin.

prévention¹². En effet, la prévention est un élément clé du bon fonctionnement du système de santé. Si l'on veut tenir la route, en gardant un périmètre de prise en charge le plus large possible, il faut dépenser mieux, pour à moyen et long terme stabiliser, voire réduire, les dépenses par une meilleure prévention des risques. Les sanctions financières (sous la forme d'une moins bonne prise en charge) constituent ici une solution de simplicité fortement discriminatoire (les personnes n'ayant pas le même accès à l'éducation sanitaire suivant leur situation socio-économique, leur culture, ...). Il convient donc de réfléchir aux moyens nécessaires à la mise en œuvre d'un programme d'éducation sanitaire qui touche le plus grand nombre. Cela passe par l'accessibilité de tous à des conditions de vie et de travail favorables à la santé ; au libre accès de chacun à l'alimentation, au logement, à l'éducation et à la santé ; à l'organisation de missions de proximité et de soutien spécifique pour les groupes et les régions les plus défavorisés. L'enjeu dépasse ici largement les préconisations de la CMAM, visant à inciter au respect de protocoles de prévention, par l'amélioration du niveau de prise en charge.

- Ensuite, l'intervention des pouvoirs publics dans les pratiques et le domaine de compétence des professionnels de santé, est-elle légitime ? Cette intervention devrait être du ressort exclusif des professionnels eux-mêmes, sous peine de remettre en cause leur identité professionnelle. Il convient de s'assurer à cette fin que la définition des référentiels soit bien le résultat d'un consensus large des professionnels de santé, et pas celui de quelques experts nommés par le gouvernement. Il serait peut être temps pour les pouvoirs publics de réfléchir à des questions peu investies jusqu'alors¹³, mais pourtant essentielles pour la mise en œuvre d'une véritable rationalisation des dépenses de santé : les questions de démographie médicale (nombre, répartition géographique et médicale, champs d'activité), de contenu des formations médicales initiale et continue, de temps et de conditions de travail, de modes d'exercice et de niveaux de rémunérations.

La réduction du déficit de la sécurité sociale : la nécessité de poser les bonnes questions

Si l'on fait un bilan des actions entreprises, il est plus que mitigé. Non seulement, elles ne se sont pas traduites dans les faits par une diminution des dépenses de santé, mais ont plutôt contribué à dégrader considérablement les relations sociales dans les hôpitaux. En effet l'instauration du budget global et du PMSI a conduit les hôpitaux à faire des économies. Les conséquences sont connues¹⁴ :

- La fermeture massive de lits d'hospitalisation (la France est passé entre 1980 et 1997 de 11,5 à 8,5 lits pour 1000 habitants), sous prétexte qu'il faille atteindre un taux d'occupation des lits de l'ordre de 80%, voire tendre vers les 100%, pour être rentable. Cette exigence nie le fait que les flux de patients soient, de par le caractère aléatoire de la maladie, irréguliers et imprévisibles (gestion des urgences, des épidémies). De plus, le nombre de lits existants est différent du nombre de lits disponibles¹⁵. En fait, au-delà d'un taux de 80% d'occupation, le nombre de malades refusés augmente ;

¹² Il est essentiel ici, de s'interroger sur l'efficacité des protocoles de prévention actuels (examen bucco-dentaire, dépistage du cancer du sein, ...) : Est-ce que l'ensemble des personnes concernées se rend à ces examens ? Sinon, pourquoi ...

¹³ P. Volovitch *Op.Cit.*

¹⁴ I. Lorand *Op.Cit.*

¹⁵ Par exemple, un patient hospitalisé victime d'un germe virulent contagieux, justifiera son isolement et la fermeture du lit voisin au sien, afin de prévenir toute infection nosocomiale dans le service.

- la fermeture d'hôpitaux ou d'équipements de proximité, sous le prétexte de garantir la sécurité des malades, ce qui a pu séduire de prime abord de nombreux professionnels de santé et usagers. Résultat vingt ans après : une spécialisation, avec l'abandon par le service public des maternités de niveau 2 (rentables, mais rapportant peu de points ISA), pour se concentrer sur les maternités de niveau 3 (prestigieuses et coûteuses en points ISA) ;
- la pénurie des professionnels de santé hospitaliers. Après des années de diminution drastique du nombre de places à l'entrée des facultés de médecine et des écoles d'infirmières, sous prétexte qu'une réduction de l'offre de soins jouerait favorablement sur la demande, d'un coup c'est la pénurie. On ferme les services par manque de personnel. Pourtant, l'annonce de la baisse de la démographie médicale ne date pas d'hier. Aujourd'hui, il est difficile d'agir, puisque le délai de formation des infirmiers est de 3 ans et celui des médecins de 10 ans¹⁶. D'autant plus difficile, que les conditions de travail et de rémunération à l'hôpital, attirent de moins en moins de professionnels ;
- le glissement des missions de soins vers les missions administratives. La financiarisation de la médecine, y compris à l'hôpital détournent les soignants sur des activités de justifications des dépenses. L'évolution du rôle de la surveillante générale est particulièrement symptomatique. De « super infirmière » il y a dix ans, elle tend à devenir aujourd'hui le manager des équipes soignantes. Quant aux médecins, difficile de chiffrer le temps de travail consacré aux commissions, codages, évaluations, justifications, rapports... Si cette activité était mesurée, nous aurions peut-être la surprise de constater qu'un médecin hospitalier y passe près de la moitié de son temps.

Face au double constat d'une l'incapacité des politiques à maîtriser la croissance des dépenses de santé et de l'émergence à terme d'effets pervers d'ordre organisationnel, on peut s'interroger sur le bien-fondé de l'idée même de maîtrise des dépenses de santé, telle qu'elle a été conceptualisée depuis les années 80, à savoir centrée sur la diminution des coûts, en particulier hospitaliers. Cette conceptualisation paraît discutable à trois points de vue. Tout d'abord, elle est fondée sur le principe que le taux de croissance des dépenses de santé ne peut durablement croître plus, que le taux de croissance du PIB. Or, ce type d'argument marque une volonté politique de centrer la maîtrise de dépenses de santé sur des justifications économiques. Ainsi, « *vouloir fixer le niveau des dépenses de santé en fonction d'une fraction du PIB, n'a de sens que par rapport à des objectifs de politiques économiques (déficit des finances publiques, stabilisation des prélèvements obligatoires, respect du pacte de stabilité budgétaire européen) eux-mêmes discutables* »¹⁷. Pourquoi, le critère pertinent de maîtrise des dépenses de santé, dans une optique de qualité et de libre accès des soins pour tous (optique que l'on retrouve d'ailleurs dans l'ensemble des discours politiques), ne serait-il pas centré sur des objectifs de soins, en réponse aux besoins estimés et ressentis des populations ? « *le niveau du budget collectif affecté aux soins devrait être le résultat d'une délibération collective, qui ne porterait pas, comme aujourd'hui, sur des seuls critères économiques, mais*

¹⁶ Actuellement, on forme 6 500 médecins par an en France et 26 436 infirmières. Le gouvernement a prévu d'augmenter le *numerus clausus* à 8 000/an pour les médecins et à 30 000/an pour les infirmières, alors que la mise en place des 35 heures nécessiterait un relèvement à 9 290/an pour les premiers et à 40 000/an pour les secondes. En attendant, les pouvoirs publics gèrent la pénurie par des transferts de compétences des médecins vers les infirmières, des infirmières vers les aides soignantes, sans que cela ne s'accompagne cependant de mécanismes de compensation adaptés (formation, hausse de la rémunération, reconnaissance à terme des compétences).

¹⁷ P. Volovitch, « Maîtrise des dépenses : la question des revenus oubliée », *Revue Pratiques*, janvier 2003

intégrerait des objectifs de santé publique »¹⁸. Ensuite, la volonté de vouloir réduire les dépenses de santé est-elle compatible avec le maintien d'un système de santé égalitaire. La répartition des dépenses de santé par tranche d'âge nous prouve que non. En effet, le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus, devrait passer de 4,2 millions en 1990 à 6 millions en 2020. Les besoins des personnes âgées sont évidemment supérieurs à ceux de la population générale. Ainsi en 1995, elles représentaient 10% de la population mais 70% des remboursements¹⁹. La diminution des dépenses de santé se ferait donc nécessairement au dépend des personnes qui dépensent le plus, sachant que ces personnes sont, pour 80% d'entre elles, prises en charge en ALD, autrement dit, sont gravement malades. Enfin, l'assurance maladie a du faire face à l'émergence de nouveaux risques, certains ne relevant pas nécessairement de sa mission initiale (pathologies graves non déclarées en maladies professionnelles, ...).

Autre problème de fond : à aucun moment n'est envisagé la question du montant des ressources consacrée au financement de l'assurance maladie. Si la hausse des dépenses de santé est indiscutable, du fait de l'évolution des besoins et des techniques (maladies chroniques, problèmes de dépendance et de perte d'autonomie, hausse des risques professionnels, dépistage et prise en charge précoce des pathologies, ...), peu de réflexions sont engagées concernant le volume des recettes allouées à la branche de l'assurance maladie, d'une part, les richesses dégagées par le secteur sanitaire, d'autre part.

- Le financement de la sécurité sociale est basé sur les cotisations salariales et patronales. Il repose donc sur la masse salariale. Or, « *la part du travail dans le PIB a chuté de 10 points depuis 1983 (...) C'est près de 150 milliards d'euros qui ont été transféré du travail vers le capital, alors que dans le même temps la part du capital dans la valeur ajoutée passe de 28% à 41%* »²⁰. C'est pourquoi la hausse du chômage a contribué de façon significative au creusement du déficit de la sécurité sociale. Mais au lieu d'être corrigée par les pouvoirs publics, cette tendance a été amplifiée. En effet, les politiques de l'emploi mises en œuvre au cours des deux dernières décennies, ont entraîné la prise en charge par l'Etat (grâce aux impôts payés par les salariés) d'une part croissante des cotisations patronales, et ce, au travers des exonérations de charges qui concernent près d'un emploi sur deux. Ainsi, « *la part des entreprises dans le total des financements de la protection sociale a diminué de 10 points entre 1981 et 1999, passant de 53.8% à 44.6%. Dans le même temps, notamment par le biais de la CSG, la part des impôts et taxes a augmenté de 14 points, passant de 2 à 16%. Autre réalité : la part des salaires dans la valeur ajoutée a diminué, sur la même période, de 8 points, alors que celle des profits a augmenté de 6 points* »²¹. Dès lors, sachant que la croissance des dépenses de santé est un élément indissociable de l'évolution de notre société, le retour à l'équilibre budgétaire de l'assurance maladie passe avant tout par l'instauration d'une nouvelle dynamique de l'emploi, la pérennisation de la croissance économique, et un rééquilibrage de la contribution du travail et du capital au financement de notre système. Bien entendu, passer d'une logique économique axée sur la maîtrise des dépenses, à une logique de santé publique visant une meilleure adéquation des recettes aux dépenses, en réponse à des besoins de santé croissants, suppose un changement idéologique profond très éloigné des discours médiatiques et gouvernementaux actuels.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ CREDES, 1999

²⁰ T. Piketty, *L'économie des inégalités*, La découverte, 1992

²¹ [Données issues des comptes de la Sécurité Sociale, 1999.](#)

- Autre absent du débat, le dynamisme du secteur sanitaire dans l'économie française. Le secteur sanitaire contribue à hauteur de 6% à la production de richesse de notre pays. La valeur ajoutée produite a augmenté de 4.3% par an entre 1992 et 2001 (soit un rythme supérieur de 1 point en valeur, à celui de l'ensemble de l'économie)²². Le secteur sanitaire et social est aussi l'un des premiers employeurs de France : les professions de santé représentent à elles seules 7.8% du total des emplois de notre pays ; environ 500 000 emplois ont été créés entre 1992 et 2002, soit une croissance annuelle de 1.8% par an (ce qui est deux fois plus que la progression de l'ensemble des emplois en France)²³. Là encore, se pose la question de la pertinence des politiques de maîtrise des dépenses, notamment dans le milieu hospitalier public, sachant que l'on touche à un secteur très dynamique en terme de croissance et d'emploi. Le constat de ce dynamisme, par les gouvernements successifs, explique sans doute la seconde tendance forte des politiques mises en œuvre depuis une vingtaine d'année à l'encontre de notre système sanitaire : la tentation du marché via la privatisation (privatisation qui permettrait à la fois de bénéficier des fruits du dynamisme et de la croissance du secteur, sans que cela ne pèse sur les comptes de la sécurité sociale). Tout comme la maîtrise des dépenses de santé, la question posée est une fois de plus : pour quelle efficacité ?

Cathy Suarez, activité Protection sociale / Espace revendicatif
Le 4 février 2004

²² *Ibid*

²³ INSEE, *enquête emploi*, mars 2001

LA CGT PROPOSE :

UNE OFFRE DE SOINS ET UNE REGULATION AUX SERVICES DES ASSURES SOCIAUX

Des évolutions se sont opérées dans la société :

- Le vieillissement de la population qui va pousser à des prises en charges dans le domaine sanitaire mais aussi dans le domaine médico-social.
- L'apparition de nouvelles pathologies.
- Le développement de pathologies chroniques qui nécessitent un suivi plus long des patients.
- La recherche.
- L'utilisation de technologies plus performantes qui enchérissent les coûts.
- Le besoin d'être également plus efficace sur les aspects environnementaux, sur les conditions de travail produit par l'évolution des consciences qui identifient de plus en plus ces enjeux comme des facteurs déterminants pour la santé.
- Une exigence plus grande de transparence, de respect du droit de la personne humaine sur des questions qui touchent à sa santé, à sa vie, et parfois à sa mort, qui pose des problèmes de prévention, de traitements, d'accompagnement social.

Elles vont conduire à devoir consacrer à la santé une part plus importante des richesses créées et améliorer l'efficacité du système de santé et de sécurité sociale.

Or tout le monde peut en faire le constat : les conditions d'accès aux soins se sont fortement dégradées. Au recul de la sécurité sociale dans la prise en charge de la maladie, s'est ajoutée, dans le cadre de la maîtrise comptable, la mise en place de dispositifs autoritaires pour contraindre et réduire l'offre de soins et l'activité des professionnels de santé.

Pour la CGT cette évolution n'est en rien le fait de la fatalité. Ce n'est pas la sécurité sociale qui doit être mise au banc des accusés.

Au contraire, par les principes et valeurs d'égalité et de solidarité qui fondent les droits des assurés, par sa gestion et son mode de financement, la sécurité sociale a permis au plus grand nombre de faire face aux conséquences de la maladie, d'accéder aux progrès de la médecine, voire de stimuler ce progrès.

Ce sont ces bases qu'il faut consolider pour asseoir les réformes nécessaires à de nouvelles avancées.

Gérer la sécu au mieux des intérêts des assurés sociaux

Cela suppose bien sur de rompre avec les politiques qui ont conduit à cette évolution régressive de la branche maladie.

Cela implique aussi, dans un contexte renouvelé de démocratie sociale de permettre à la sécurité sociale d'être un acteur de l'hospitalisation et de lui redonner sa pleine capacité d'intervention et de négociation avec les professionnels de santé libéraux, en particulier avec les médecins.

En effet, le mode d'exercice libéral est le mode d'exercice dominant, sinon exclusif, dans le secteur de la médecine dite de ville. La sécurité sociale est un système collectif et solidaire de prise charge financière des soins. Pour que le système fonctionne et si l'objectif est bien de garantir aux assurés sociaux l'égal et libre accès à des soins de qualité, il faut que l'un (le corps médical) et l'autre (la sécurité sociale) se rencontrent et négocient dans le cadre d'une convention médicale leurs droits et obligations respectifs.

A cette fonction essentielle s'en ajoute une autre non moins déterminante qui est d'assurer une régulation médicalisée et concertée du système. Pour la CGT, il importe en effet que soit garantie aux assurés sociaux la bonne, sinon la meilleure, utilisation de leurs cotisations et de toujours rechercher les conditions dans lesquelles les meilleurs soins peuvent être assurés à tous au meilleur coût.

L'hospitalisation et la sécurité sociale

L'hôpital est actuellement aspiré dans une phase de régression. La diminution des professionnels notamment les infirmières produit une pénurie de personnel.

Les projections actuelles tablent également sur une diminution nette du nombre de médecins de plus de 25% entre 2010 et 2020.

Des difficultés particulières dans certaines spécialités (gynécologie – obstétrique, anesthésie – réanimation, ophtalmologie) se traduisent par des inégalités d'accès à la santé. Les restructurations se font avec l'objectif de réduire l'offre de soins. La place du service public hospitalier dans le système de soins doit donc être renforcée et l'hôpital public mis en situation de remplir pleinement et de diversifier ses missions. Sans doute, l'organisation et la distribution des soins hospitaliers et leurs modes de financement et de gestion nécessitent des ajustements.. La CGT n'y est pas opposée dès lors que ces ajustements sont pertinents, qu'ils s'inscrivent dans une perspective d'amélioration de la prise en charge sanitaire de la population et qu'ils ont fait l'objet d'une véritable concertation avec les différents acteurs concernés.

Plus de la moitié du budget de la sécurité sociale est consacré au financement de l'hospitalisation. Pourtant, la sécurité sociale n'intervient pratiquement pas sur les choix, les orientations qui concernent l'hospitalisation, qu'elle soit publique, privée à but non lucratif ou privée à but lucratif. La politique hospitalière relève de la responsabilité quasi exclusive de l'Etat

Nous ne contestons pas cette responsabilité, mais encore faut il qu'elle soit exercée dans le cadre de structures et de procédures qui permettent l'expression de la démocratie sociale et la prise en compte des besoins, le dialogue avec les professionnels, ce qui n'est pas le cas ni dans le cadre des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), ni dans celui des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) tels qu'ils existent aujourd'hui. Leur réforme doit être engagée dans ce sens. Par son expertise, mais aussi parce qu'elle finance l'hospitalisation et doit être porteuse des intérêts des assurés sociaux, la sécurité sociale est légitime à jouer un rôle important dans ces instances.

A la maîtrise comptable, nous proposons de substituer une régulation du système hospitalier fondée sur une exigence d'amélioration de la qualité des soins et des prises en charge et sur la concertation.

Il importe de réfléchir à d'autres types de rapports entre les établissements hospitaliers, l'Etat et les collectivités locales, la sécurité sociale et l'ensemble des acteurs sur le champ de la santé et de la couverture maladie.

La convention médicale au service de l'égal et libre accès à des soins de qualité

Les conditions de l'égal et libre accès aux soins:

Pour remplir réellement cet objectif la convention médicale doit garantir sur tout le territoire et à tous les assurés sociaux le même prix des actes médicaux, par exemple la consultation ou la visite. Si, dans le cadre des négociations, la rémunération de ces actes médicaux doit être revalorisée et conforme à la qualification ainsi qu'aux responsabilités des médecins, y compris en prenant en compte leurs sujétions particulières, la contrepartie doit être pour les médecins l'engagement formel de respecter les tarifs conventionnels et de ne pas pratiquer de dépassements d'honoraires.

Corrélativement, il importe de porter au plus haut niveau le taux de remboursement.

Par ailleurs, la possibilité de formes différentes de rémunération, par exemple sous la forme de forfaits versés directement par la caisse de sécurité sociale, doit pouvoir être envisagée d'un commun accord dans certains cas, notamment pour des actions de prévention ou de santé publique.

Enfin, une réflexion devrait être menée par les partenaires conventionnels, c'est-à-dire les représentants des médecins et la sécurité sociale sur les conditions dans lesquelles la valeur de l'acte médical pourrait être différenciée selon sa complexité : ainsi, peut on considérer qu'un simple renouvellement d'ordonnance soit rémunéré au même tarif que la consultation qui a conduit à l'établissement du diagnostic et du traitement.

Egalité d'accès aux soins médicaux, mais aussi liberté d'accès. La CGT est en effet favorable au respect du libre choix par l'assuré social de son médecin.

Pour être efficace, le système conventionnel suppose l'adhésion massive du corps médical. C'est dire l'importance que revêtent dans le cadre conventionnel, c'est dire entre les médecins et la Sécurité sociale l'instauration de relations de confiance, l'esprit de dialogue et la volonté partagée de négocier et d'aboutir.

La convention médicale apparaît ainsi comme le moyen de concilier les intérêts des assurés sociaux (accéder librement et dans l'égalité à des soins médicaux de qualité) et ceux des médecins (garantie de conditions d'exercice et de rémunération satisfaisante).

La démographie médicale est également un facteur décisif des conditions d'accès aux soins. Les problèmes liés au fait que le nombre d'étudiants en médecine est strictement limité (le " numerus clausus ") ne relèvent pas de la responsabilité de la convention médicale, mais de l'Etat. La convention médicale par contre peut contribuer par des mesures appropriées à assurer une répartition équilibrée des médecins sur tout le territoire et garantir ainsi l'égal accès aux soins médicaux.

Les conditions d'un égal accès à des soins de qualité :

Tous les assurés sociaux doivent pouvoir bénéficier de soins de qualité. Les partenaires conventionnels ont une responsabilité particulière à cet égard et la convention médicale peut y contribuer, à travers la formation continue, l'aide au diagnostic et à la prescription, la promotion des bonnes pratiques professionnelles ; l'évaluation, sous certaines conditions, peut également concourir à la réalisation de cet objectif.

La coordination des soins, le travail en réseau, le développement de pratiques coopératives peuvent être source de plus grande efficacité du soin et de meilleures allocations de ressource.

L'objectif est la prise en charge de la personne de manière globale, cohérente et dans son environnement.

Par ailleurs, le problème de la multiplication des actes doit être posée sans détours. Ce qu'on appelle la " course à l'acte " consiste pour certains médecins à faire par exemple le plus de consultations dans le but surtout d'augmenter leurs revenus. Ce phénomène existe, il pèse inutilement sur la dépense et peut faire obstacle à la qualité des soins.

Pour réduire ce phénomène, il faut que les médecins soient correctement rémunérés. Mais cela ne peut suffire. Pour la CGT des mesures doivent être discutées et prises dans le cadre de la convention médicale pour limiter cette possibilité.

La régulation médicalisée et concertée des dépenses d'assurance maladie

Gérer au mieux la part des cotisations des assurés sociaux consacrées aux dépenses de soins est une exigence partagée par la CGT.

A cet égard, la CGT rejette toute mesure qui pourrait avoir pour effet de réduire les dépenses en limitant le champ de la couverture maladie obligatoire ou d'enfermer les dépenses de la couverture maladie obligatoire dans une enveloppe financière limitative.

Pour autant, la nécessité d'établir des prévisions de dépenses, voire de fixer des objectifs prévisionnels de dépenses, et d'en assurer le suivi participe du souci légitime d'une gestion efficace des cotisations des assurés sociaux et n'est pas contestable.

D'une manière générale, l'ensemble des actions relatives à la qualité des soins (la formation continue, les références et recommandations médicales, l'évaluation, les pratiques coopératives, la coordination des soins) s'inscrivent dans une démarche d'optimisation des dépenses et d'efficacité des soins ambulatoires. Par ailleurs, sans contester le recours aux médicaments génériques, la CGT demande que l'ensemble du dossier concernant le médicament soit ouvert et l'ensemble des questions abordées, de la recherche à la mise sur le marché et la distribution, en passant par la question des stratégies industrielles des groupes pharmaceutiques et celle des profits.

Enfin, le suivi des dépenses de santé et d'assurance maladie doit être assuré dans le cadre d'instances et de procédures partenariales sécurité sociale/professionnels de santé permettant, le cas échéant, d'engager d'un commun accord des actions correctrices au niveau local ou régional et au niveau national.

Les principes et les règles qui régissent les relations entre la sécurité sociale et les médecins libéraux doivent pouvoir être étendues à l'ensemble des professionnels de santé libéraux, infirmiers, sage-femmes, dentistes, kinésithérapeutes...

CRITERE DE DELIMITATION DU PERIMETRE DE SOINS REMBOURSABLES

« *Le périmètre de biens et de services remboursables* » représente l'ensemble des produits, actes de soins, d'analyse et de diagnostic, sans oublier les prestations associées (transport), qui font l'objet d'une prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie. Actuellement, ce périmètre existe puisque l'assurance maladie ne rembourse pas tout (implants dentaires, certaines lentilles) et pour certaines prestations, sa participation est somme toute symbolique (4.8% pour l'optique, 13% pour les appareils auditifs).

Le gouvernement Raffarin met en débat, dans le cadre du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, sous le prétexte de la limitation des ressources disponibles :

- la redéfinition du périmètre de soins remboursables à l'aide de quatre critères : la sécurité, l'efficacité, l'utilité (individuelle et collective), l'efficience ;
- un nouveau partage des responsabilités entre l'assurance maladie et les complémentaires.

Prolongeant l'analyse de la situation financière de la Sécurité sociale, la question du périmètre de la couverture qu'elle prend en charge va être l'objet d'un débat sans doute vif. Ainsi, nous pouvons citer le paragraphe d'un texte soumis au Haut Conseil : « *l'Etat des principaux paramètres financiers et économiques du système de santé a permis de mettre à jour que face au déficit croissant de l'assurance maladie, il convenait notamment d'améliorer la qualité des prestations et de revoir le système de prise en charge publique. Un contexte où les ressources financières ne sont pas illimitées oblige à se poser des questions de hiérarchisation des priorités : à quelles pathologies, à quels traitements et dans quelles conditions prioritairement consacrer le financement socialisé* ».

Ce texte part du préalable du déficit *structurel* bien évidemment, pour conclure qu'il faut revoir à la baisse le périmètre du remboursable. Cela, doit-il, pour autant, nous conduire à considérer que le périmètre du remboursable doit être immuable ? Serions-nous exonérés de la nécessité d'examiner la bonne utilisation des fonds alloués à la Sécurité sociale provenant pour grande partie du salaire socialisé des salariés ? Nous pourrions considérer que le périmètre n'est pas par définition immuable. Il peut évoluer en fonction des besoins, des pratiques médicales, du progrès scientifique mais ce qui doit déterminer la posture de la CGT, c'est l'objectif de santé et non la recherche d'économies.

La définition du périmètre de la prise en charge peut se faire par le biais de quatre notions :

- 1) *La sécurité des prestations*, qui part du principe évident que ces dernières ne doivent pas être dangereuses pour le patient dans les conditions normales de leur exécution ou de leur utilisation.

- 2) Leur efficacité thérapeutique, dans le sens où les prestations doivent avoir un effet concret, c'est-à-dire mesurable suivant des protocoles scientifiques, en terme d'amélioration de l'état de santé du patient.
- 3) Leur utilité, dès lors que les nouvelles prestations doivent, outre leur efficacité thérapeutique, modifier dans un sens favorable les stratégies thérapeutiques et les chances de guérison du patient. L'optique serait ici de subordonner le remboursement d'un acte ou d'un produit nouveau, au fait qu'il serait plus efficace que les prestations existantes pour une pathologie donnée, la finalité étant de le substituer aux dites prestations qui sortiraient alors du périmètre des soins remboursables.
- 4) Leur efficacité, qui revient à rajouter à l'efficacité thérapeutique, la notion de coût économique. Ainsi, il s'agirait suivant ce critère, de sélectionner les prestations les plus coûts/efficaces ou coûts/utiles, c'est-à-dire qu'à l'efficacité et l'utilité nécessaires des prestations, s'ajoute le critère du moindre coût, associé à ces prestations. La démarche vise à sélectionner les prestations qui dégagent la plus forte utilité ou efficacité au moindre coût. Il ne s'agit donc pas, dans l'absolu, de sélectionner les prestations les moins coûteuses, le critère premier étant ceux d'efficacité et d'utilité.

Les trois premières notions répondent à un objectif de santé. Elles peuvent être acceptables à condition d'examiner les critères permettant de les définir. La quatrième est plus problématique. Elle introduit la possibilité de privilégier l'efficacité économique (des coûts plus bas) sur l'efficacité thérapeutique (plus grande efficacité ou utilité des prestations). Il convient donc de s'assurer que le critère coût ne prenne pas le pas sur le critère efficacité ou utilité, ce qui reviendrait par exemple à privilégier les prestations les moins chères, même si elles sont moins efficaces, ou inversement, à rejeter toute innovation qui ne présenterait pas d'économie en terme de coût, et ce, sans tenir compte de l'efficacité gagnée (logique de rationnement).

Autre notion qui pose problème : celle d'utilité collective introduite dans le rapport du *Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*. Cette utilité collective ne renvoie pas uniquement à l'utilité intrinsèque des prestations, dans le sens où elle ne se détermine pas uniquement à partir d'éléments médico-économiques. Elle relève plutôt de choix politiques ou de société qui visent à définir des priorités entre des prestations existantes qui sont tout à la fois sûres, efficaces et utiles. Ainsi, comme le cite le Haut conseil en page 74 « *tout ce qui est utile ne doit pas pour autant être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il est possible et légitime de fixer, pas un choix collectif, un niveau d'utilité qui justifiera l'intervention publique* ». Se pose alors la question des critères et des modalités d'un tel choix collectif. Qui va juger que le traitement de telle pathologie n'est pas utile à la collectivité : des experts, les professionnels de santé, les représentants d'usagers, l'assurance maladie, le gouvernement, les populations par le biais du référendum, ... ? Sur quels critères vont-ils bâtir cette décision : le nombre de patients atteints, leur âge, l'incidence du comportement sur l'occurrence de la pathologie, l'impact favorable du traitement sur l'état de santé, ... ?

Ce critère d'utilité collective n'est pas acceptable. Il s'inscrit dans une démarche empreinte de subjectivité, qui pose des problèmes éthiques, puisqu'il revient à donner un coût différencié à la vie humaine (suivant que l'on rembourse certains actes ou non, sachant que ces derniers sont efficaces, utiles et même efficaces, au sens strict du terme). Si le déficit de l'assurance maladie n'est pas contestable, si le périmètre de soins tel qu'il est définit aujourd'hui comporte certaines lacunes auxquels il faut remédier, il faut le faire en fonction

de critères objectifs. Le recours à des évaluations périodiques, visant à s'assurer de la sécurité, de l'efficacité et de l'utilité des prestations, voire de leur efficience, permettrait de légitimer la construction d'un nouveau périmètre de soins sur des bases objectives, par la sélection des prestations les plus coût/utiles, coût/efficaces. Une seule priorité doit guider les décisions : se donner les moyens de répondre aux besoins sanitaires des populations sans sélection, ni discrimination, ni inégalité de traitement.

Envisager les critères de sécurité, d'efficacité, d'utilité et d'efficience comme mode de définition du périmètre de soins remboursables suppose en outre d'aborder quatre questions décisives.

1) La question des critères utilisés en matière d'évaluation de l'efficacité thérapeutique

Pour nous faire comprendre sur l'enjeu que représentent ces deux questions et leur rapport avec la définition du périmètre de prise en charge, prenons un exemple. Le vieillissement de la population, associée au progrès scientifique et technique qui permet le dépistage précoce de nombre de pathologies, implique une croissance de la part des maladies chroniques, dans l'ensemble des pathologies. Or, par opposition à la maladie aiguë, la maladie chronique évolue sur le long terme et est considérée comme non curable. Dès lors, les indications thérapeutiques visent moins à traiter la pathologie, qu'à minimiser sur le long terme les symptômes de la maladie. La finalité de la prise en charge ne peut plus être uniquement la guérison, mais doit permettre de maintenir le plus longtemps possible la stabilité de l'état de santé et d'améliorer la qualité de vie et l'autonomie des patients. Il est évident que les critères actuels utilisés en matière d'évaluation de l'efficacité thérapeutique (comme ceux utilisés pour juger de l'efficacité des médicaments, par exemple), sont peu pertinents. C'est pourquoi, l'utilité d'un médicament ou de toute autre thérapeutique, ne peut se réduire au traitement d'une pathologie. La notion de « *service médical rendu* » doit être élargie, pour intégrer le traitement des symptômes, sous peine d'aboutir, comme c'est le cas des médicaments à une restriction drastique des prestations jugés utiles et donc remboursables²⁴. Dans ce cadre, le résultat sanitaire recherché ne doit plus être uniquement l'amélioration de l'état de santé de la personne, mais bien l'amélioration de sa qualité de vie et la hausse de son degré d'autonomie ;

En parallèle, ces évolutions conduisent à devoir faire appel à davantage de pluridisciplinarité pour permettre d'optimiser la prise en charge médico-sociale du patient dans son environnement de vie qui remplace la seule décision scientifique dont la finalité était le traitement d'une pathologie dans le cadre de l'hôpital ou du cabinet médical. En effet, le rôle du médecin change, car dans une prise en charge au long cours du patient, il ne peut plus prendre seul ses décisions. Il doit agir en concertation avec d'autres professionnels, qui interviennent à différents moments de la prise en charge (psychologue, ergothérapeute, kinésithérapeute, assistante sociale, infirmière, ...). La prise de décision concertée dont la finalité est d'optimiser la prise en charge médico-sociale du patient dans son environnement de vie, remplace la décision scientifique dont la finalité est le traitement d'une pathologie dans le cadre de l'hôpital ou du cabinet médical. Cette modification des pratiques, qui implique en parallèle de nouveaux modes de coopération entre acteurs, conduit à rechercher

²⁴ L'exemple des médicaments est à ce titre tout à fait représentatif. Les spécialistes sont unanimes pour dire que les antihistaminiques et des phlébotoniques, déclassées de par leur insuffisance en terme de service médical rendu, sont efficaces dans le traitement des symptômes des rhinites allergiques et de l'insuffisance veineuse. Ils ne traitent pas le patient, mais permettent une amélioration considérable de sa qualité de vie. En cela, ils sont efficaces. Il ne s'agit pas de placebos.

de nouveaux modes d'organisation plus efficaces pour la prise en charge du patient (réseaux de soins, pôles d'activités, ...).

Pour éviter que le débat sur le périmètre du remboursable ne s'oriente dans la voie du déremboursement et de la seule recherche d'économie, il nous paraît nécessaire d'investir ce débat. Ce que nous pourrions faire en élaborant des propositions sur les critères acceptables, pour qu'il soit tenu compte des besoins de santé tels qu'ils existent aujourd'hui. Les travaux que nous avons effectués dans le cadre du G7²⁵ compléteraient alors ces propositions sur des sujets tels la formation syndicale continue, les recommandations de bonnes pratiques et les références médicales, etc.

2) *La question de l'autorité habilitée à évaluer l'efficacité thérapeutique et l'utilité des prestations*

Un organisme à l'échelle nationale, d'une composition pluridisciplinaire, se nourrissant des informations fournies par les institutions de veille sanitaire et sociale, les professionnels de santé, les caisses d'assurance maladie et les laboratoires de recherche nationaux et internationaux.

Il semble essentiel que cet organisme, lieu d'expertise et de recommandations pluridisciplinaires, ait des échanges réguliers avec les acteurs proches du terrain, l'utilité des prestations se jugeant aussi dans la perspective d'une meilleure réponse aux besoins des populations. L'expertise technique et scientifique est à la base de l'évaluation de l'utilité médico-économique des prestations, sur la base de critères élargis comme dit précédemment.

Cependant, l'expertise ne peut en aucun être politique, tout du moins à ce niveau. En particulier, les priorités de santé publique définies de façon pluriannuelle par l'Etat, ne peuvent servir de base aux choix de remboursement ou de non-remboursement des prestations. Définir des priorités de santé publique, quantifiés de préférence, est une chose. Se servir de cette définition pour justifier du caractère indispensable des prestations correspondantes à ces priorités, en est une autre.

3) *La question du périmètre de la garantie de soins*

Elle dépend des critères servant à la délimitation de la garantie de soins. Si seul les critères d'efficacité thérapeutique et d'utilité sont utilisés, la garantie de soins couvrirait l'ensemble des prestations reconnues efficaces et utiles, ce qui pourrait correspondre au périmètre de prise en charge actuelle :

- moins les prestations dangereuses²⁶, inefficaces, inutiles, redondantes, voire néfastes pour le patient ;
- plus de nouvelles prestations en lien avec une meilleure estimation des besoins et un accent mis sur la prévention des risques.

²⁵ Rapport du G7 « *Pour un projet ambitieux alternatif* »

²⁶ Précisons ici de critère de sécurité nous semble un critère premier et indispensables à l'ensemble des prestations sanitaires, qu'elles soient remboursés ou pas par l'assurance maladie. Il conviendrait ici de renforcer le degré de sécurité de certains médicaments, en améliorant les procédures d'expérimentation des nouvelles molécules par des organismes indépendants des laboratoires pharmaceutiques.

Précisons que le périmètre défini sur la base de ce seul critère est viable financièrement, à la condition que soit engagée une réforme des contributions patronales au financement de notre système de protection sociale, ainsi qu'un rééquilibrage dans le partage de la Valeur Ajoutée²⁷.

Par contre, si aux critères d'efficacité thérapeutique et d'utilité est ajouté celui d'efficience, il est à craindre effectivement que la garantie de soins 100% ne couvre pas, loin de là, le périmètre actuel du remboursement.

4) La question de la finalité des prestations

La pathologie seule ne peut servir de base à l'évaluation d'un processus de soins pertinent, du fait de plusieurs facteurs : la croissance des maladies chroniques depuis une vingtaine d'années, le développement de la précarité sociale, la multiplicité des risques sanitaires (environnement, lieu de travail, comportements à risque, ...) et le vieillissement de la population (problèmes de dépendance et de perte d'autonomie). La pathologie ne peut donc servir de référent pour le processus de soins, celui-ci variant suivant l'histoire personnelle de la personne et son rapport à son environnement et aux autres. D'autres paramètres doivent être pris en compte dans une prise en charge de la personne qui se veut holistique (globale). La définition de protocole de soins ne peut donc passer que par une évaluation multicritères, à partir d'éléments contenus dans le dossier médical du patient. Il conviendrait de définir ces critères par concertation (assurance maladie + professionnels de santé par exemple), mais plusieurs me paraissent d'emblée pertinents : diagnostic (à défaut symptômes) ; âge ; antécédents médicaux (facteurs aggravants : diabète, hypertension, insuffisance respiratoire, ...) ; situation familiale et sociale ; profession. Des processus de soins différents pourront être engagés suivant ces différents paramètres. Ils sont à définir sous forme de règles de bonnes pratiques et de références médicales, suivant le processus proposé par le groupe du G7²⁸.

Dans le cadre, non pas d'une maîtrise des coûts, mais d'une recherche d'efficacité maximale du système de santé, la démarche théorique est la suivante :

- recensement des besoins sanitaires (lieux de vie et de travail) ;
- définition des prestations requises pour répondre à ces besoins (compte tenu de l'état de l'art, du progrès médical, de l'incidence de facteurs sociaux, ...) ;
- bilan des prestations existantes en réponse aux besoins (curatif et préventif) ;
- analyse des écarts entre prestations requises et prestations observées pour un besoin donné ;
- recherche des raisons objectives expliquant ces écarts ;
- mise en œuvre de mesures visant à réduire ces écarts (modification des prestations requises par l'intégration de facteurs non pris en compte initialement, changements organisationnels si l'analyse comparative a mis en évidence des dysfonctionnements inhérents aux structures elles-mêmes).

Cathy Suarez, activité Protection sociale / Espace revendicatif
Le 4 février 2004

²⁷ Note économique de la CGT « *Les propositions de la CGT pour une réforme des cotisations sociales dites patronales* », Publication du CCES, n°73, septembre 2003

²⁸ *Op.Cit.* p. 13 -17

LA CGT PROPOSE :

UNE DEMOCRATISATION DE LA SECURITE SOCIALE

La gestion des organismes de Sécurité sociale doit être réaménagée dans le cadre actuel de l'organisation de la Sécurité sociale.

Le champ de la solidarité s'est élargi, tant en terme de bénéficiaires que de couverture sociale.

Ce mouvement s'est opéré à l'intérieur du régime général de la Sécurité sociale, qui reste fondamentalement structuré par et autour du travail salarié.

Au-delà des modalités selon lesquelles peuvent s'opérer, tel ou tel prélèvement (comme la CSG), le financement reste assis sur le travail salarié.

Des conseils d'administration renouvelés

C'est pourquoi les partenaires sociaux ont vocation à gérer le régime général sur des bases qui garantissent la représentation majoritaire des salariés et l'élection de leurs représentants en leur donnant les droits et moyens de remplir leurs missions.

La représentation des employeurs doit être déterminée dans le cadre de collèges représentatifs de la diversité des entreprises et des employeurs (État employeur, économie sociale... et pas uniquement MEDEF/CGPME/UPA).

La création d'un conseil national de la Sécurité sociale

Représentation des acteurs sociaux, intervenant dans le domaine de la santé et de la protection sociale, il aura pour mission d'évaluer les besoins et de formuler des suggestions sur les moyens à mettre en œuvre, voire sur les axes de réformes souhaitables pour assurer la couverture optimale de la population.

Une démocratie plus participative des assurés sociaux

Des modalités seront déterminées leur permettant de s'exprimer sur les grands choix et priorités à retenir (Assises, États généraux...).

Des prérogatives plus importantes pour les Conseils d'Administration

1. Avis et consultation de la Caisse Nationale

Le Conseil d'Administration de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des travailleurs salariés étudiera les recommandations et orientations du Conseil supérieur de la Sécurité sociale.

Il soumettra des propositions et négociera avec l'État, les grands axes de la politique à venir en matière de Sécurité sociale, tant en ce qui concerne le financement et les conditions de l'équilibre financier que les prestations et leur évolution.

Les objectifs d'évolution des dépenses seront des objectifs prévisionnels.

C'est le résultat de cette construction partenariale entre la Sécurité sociale et l'État qui constituera le projet de loi de la Sécurité sociale soumis au Parlement.

Le même type de procédure devra être suivi en cours d'année par l'adoption des projets de loi touchant à la Sécurité sociale et pour les dispositions d'ordre parlementaire.

Des dispositions législatives seront prises pour permettre la mise en œuvre d'une démarche partenariale entre la Sécurité sociale et l'État.

Sur ces bases, les Conseils d'administration seront appelés à mettre en œuvre, ce qui implique l'élargissement de leurs prérogatives et de leurs compétences, une réelle prise en compte de leur avis.

Des procédures seront mises en place pour que les autorités examinent les initiatives et propositions des Conseils tant locaux que nationaux. Elles devront motiver les suites qu'elles entendent leur donner.

Si le pouvoir de gestion doit être rendu aux organismes et à leurs Conseils d'administration, il importe que cette gestion s'inscrive dans un schéma prévisionnel cohérent, transparent et lisible pour tous. La Caisse nationale de Sécurité sociale des Travailleurs Salariés définira en étroite collaboration avec les organismes de base, un « Projet de branche triennal » qui fixera les grands axes et priorités constitutifs de la politique de la branche en matière de gestion des prestations, d'action sanitaire et sociale, de gestion administrative, de qualité du service rendu et d'information aux assurés et allocataires.

Ce projet de branche, qui pourrait comporter des prévisions voire des propositions, en matière d'équilibre financier, sera soumis à l'approbation des pouvoirs publics dans des conditions qu'il conviendra de préciser.

Dans le cadre d'une démarche partenariale et d'une procédure adaptée en conséquence pour l'élaboration de la loi annuelle de Sécurité sociale », l'articulation entre cette dernière et le projet de branche ne devrait pas poser de difficultés majeures.

2. De réels pouvoirs pour les Conseils d'administration

Il convient de redynamiser le rôle des organismes, rétablir l'autorité des Conseils d'administration et leur rendre de réels pouvoirs dans les domaines relevant de leurs attributions.

⇒ La nomination des directeurs par les Conseils d'administration, tant en ce qui concerne les caisses locales que les caisses nationales.

L'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale devra être revue. L'organisation en vigueur, de type hiérarchique et vertical, doit être réaménagée et accorder une plus grande place à l'autonomie et à la responsabilité des organismes. Cela implique notamment :

⇒ Une réelle capacité d'intervention et d'initiative des organismes de base et de leurs Conseils d'administration pour les actions à caractère local et leur association à la définition, autant qu'à la mise en œuvre des actions et orientations à caractère national. Les procédures budgétaires devront être adoptées en conséquence.

La démocratisation de la Sécurité sociale implique que les Caisse nationale et locales ainsi que leurs Conseils d'administration disposent de pouvoirs étendus.

Cela nécessite qu'ils puissent, comme indiqué plus haut, définir un projet de branche et être réellement impliqués dans l'élaboration de la loi de financement de la Sécurité sociale.

Le rôle de la Caisse nationale, et par suite les responsabilités de son Conseil d'administration, pourra être repris, sous réserve de certains réaménagements.

Ainsi la responsabilité du financement et de l'équilibre financier de la branche doit être effectivement exercée par le Conseil d'administration de la Caisse nationale concernée.

A cet égard, le pouvoir d'initiative et de proposition du Conseils d'administration devra être étendu et aucune décision relative au financement ou à l'équilibre financier de la branche ne devrait être prise sans l'accord de la majorité du Conseil d'administration.

De même, les Conseils d'administration doivent pouvoir maîtriser leurs actions sociales et, pour la branche maladie, leurs actions sanitaires et de prévention.

Ces actions ne sauraient être la simple exécution de programmes fixés par les autorités ministérielles. Des mesures législatives et réglementaire doivent être prises à cet effet et en concertation avec les partenaires sociaux.

Il importe cependant de prévoir des dispositions qui permettent pour la définition de ces programmes de se référer aux orientations et recommandations du Conseil national de la Sécurité sociale et de s'appuyer sur les données et priorités définies par les institutions sanitaires et sociales (Conférence nationale de la santé, Conférence Famille, etc.).

Un statut des administrateurs

La reconnaissance pleine et entière des Conseils d'administration doit être accompagnée d'un véritable statut permettant de garantir l'exercice du mandat d'administrateur.

L'exercice du mandat d'administrateur de la Sécurité sociale doit rester bénévole.

Il importe cependant que des dispositions soient prises afin de faciliter et de protéger cet exercice.

Cela implique notamment :

- des dispositions permettant aux administrateurs de se former dans des conditions satisfaisantes ;
- la reconnaissance du temps de préparation nécessaire à l'examen des dossiers souvent complexes sur lesquels ils sont appelés à travailler et à se prononcer ;
- la possibilité pour les administrateurs de disposer d'un temps reconnu pour rendre compte de leur mandat, rencontrer les assurés, les associations, les collectivités locales, les professionnels de santé...
- Nous demandons que le temps ainsi consacré soit juridiquement reconnu et financièrement compensé.
- L'accès à l'information et à l'aide technique des services de l'organisme.

Cette extension des libertés indispensables de l'administrateur pour le plein exercice de son mandat suppose qu'elles soient garanties à l'administrateur vis à vis de son employeur. Compte tenu du temps passé hors de l'entreprise, la meilleure garantie de l'application de ces nouveaux droits serait que ce temps soit pris en charge par l'organisme et remboursé à l'employeur sur la base d'un système souple, mais qui n'exclurait pas les possibilités de contrôles, de déclarations sur l'honneur de la part des administrateurs à la Caisse.

Ces dispositions doivent évidemment s'appliquer aux administrateurs représentant les personnels.



Pour la santé, renforçons le système solidaire de la Sécurité sociale

Le gouvernement a décidé de faire une réforme de la Sécurité sociale. De cette réforme dépend le devenir de la santé. Un tel enjeu exige que tous les assurés sociaux, les salariés, puissent avoir la garantie d'un vrai débat démocratique et d'une réelle négociation. Il implique leur mobilisation et leur présence, à chaque fois qu'il sera nécessaire de peser pour la réforme de la Sécurité sociale répondant à leurs attentes et besoins.

Le système de Sécurité sociale français est fondé sur la solidarité. Il fait appel à la contribution de chacun selon ses moyens et donne à ceux qui en ont besoin, conditions de l'égalité des droits pour tous.

Il a permis d'étendre la protection sociale à l'ensemble de la population. Il a fait progresser la santé, reculer la maladie et la mortalité.

En 1960, notre pays consacrait 3 % de ses richesses à la santé. Il en consacre aujourd'hui 9 %.

Cette progression est principalement due au choix d'investir dans le progrès scientifique et dans l'utilisation de techniques toujours plus performantes, pour diagnostiquer, guérir, accompagner les patients.

Ce choix a permis l'allongement positif de la durée de vie créant de nouveaux besoins.

Aujourd'hui, de nouveaux défis sont à relever.

Notre système est confronté à un problème de financement

Or, les besoins de la recherche pour trouver des remèdes aux maladies rares, aux fléaux que sont le cancer, le sida..., sont bien réels. Dans le monde, de nouvelles pathologies apparaissent.

En France existent encore de trop nombreuses inégalités de santé. Ce sont ces défis que notre société doit relever pour les décennies et les générations à venir. Ils nous conduisent à nous poser la question du niveau des richesses créées à consacrer à la santé.

Car si le déficit est bien réel, et s'il convient de le traiter, il ne peut nous masquer la question fondamentale des besoins de santé.

Le déficit (10 milliards d'euros), parlons-en !

Les choix opérés jusqu'ici n'ont pas permis d'assurer une croissance des recettes identique à celle pleinement justifiées des dépenses.

Pourtant, la tendance à une hausse des dépenses de santé plus rapide que les richesses créées (Pib) va se poursuivre dans les années à venir. Cette opinion est très largement partagée.

Le déficit s'est brutalement aggravé en 2003 par la chute de la croissance et la reprise du chômage.

Cette part est dite " conjoncturelle ". Elle explique la moitié du déficit de l'assurance - maladie.

Elle montre la nécessité d'agir pour l'emploi, les salaires, afin d'assurer des recettes à la Sécurité sociale car son financement est assis sur la masse salariale (emplois, salaires).

Une partie du déficit (1 milliard d'euros) est due à des exonérations de cotisations accordées par l'Etat aux entreprises et qu'il ne compense pas, aux dettes d'entreprises (600 millions d'euros).

Gagnons ensemble la bataille pour la santé.

Pour cela, la Cgt estime qu'il faut préserver et renforcer les valeurs de solidarité de notre système de Sécurité sociale.

Il faut le défendre contre tous les projets qui prônent son étatisation et sa privatisation, le transfert de parts entières de remboursements sur les organismes complémentaires.

Cette logique provoquerait des inégalités de santé.

La Cgt a des propositions. Elle les présente dans ce quatre pages.

Le système d'assurance maladie

Il s'inscrit dans le cadre des Ordonnances de 1945 mettant en place la Sécurité sociale.

Il s'organise autour :

- des régimes obligatoires de Sécurité sociale :
 1. le régime général des salariés couvrant 85 % de la population,
 2. la Msa (régime agricole),
 3. la Canam (professions indépendantes),
- plusieurs régimes spéciaux.

Les régimes obligatoires assument des missions d'intérêt général et de service public. Ils reposent sur l'égalité des droits et obligations, la solidarité, la démocratie, le caractère obligatoire, un financement assuré à l'entreprise.

Régimes obligatoires et régimes spéciaux ont permis par leurs actions, le progrès de la santé.

La remise en cause du régime général aurait des conséquences destructrices pour les régimes spéciaux.

La Cgt propose un financement juste, solidaire, favorable à l'emploi

Il faut déjà poser le problème des exonérations accordées par l'État aux entreprises...

En première urgence, l'État doit remplir ses obligations et les compenser en totalité.

La Cgt propose la remise en cause du principe des exonérations de cotisations accordées aux entreprises.

Pourquoi cette position de la Cgt ?

C'est au nom de l'emploi que l'État a fait au patronat ce qui se révèle être un vrai cadeau.

Or, les exonérations n'ont aucun effet avéré sur l'emploi : le niveau du chômage et de la précarité en témoigne.

Quand l'État les compense, ce sont en fait les salariés qui financent par l'impôt ce que ne paient plus les entreprises.

... et créer un fonds de garantie des entreprises

Certaines paient avec retard ou ne paient pas leurs cotisations.

La création d'un fonds de garantie financé par une cotisation spécifique des entreprises permettrait d'éviter que ces dettes ne pèsent sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale.

La Cgt n'est pas d'accord avec l'augmentation de la Csg ; elle explique pourquoi.

La Csg repose à 88 % sur les salaires et les retraites. Son augmentation aurait pour effet immédiat de peser sur le pouvoir d'achat des salariés actifs et retraités. Elle aurait donc des conséquences négatives sur la consommation, la croissance économique et l'emploi. Le patronat serait, lui, exonéré de tout effort.

La Cgt propose d'autres mesures :

- établir des règles de calcul de cotisations qui incitent les entreprises à réaliser des investissements productifs créateurs d'emplois et à améliorer les niveaux de qualification et qui pénalisent celles qui privilégient les investissements financiers au détriment de l'emploi (et donc des cotisations sociales) ;
- soumettre à la cotisation sociale l'épargne salariale (intéressement, participation, stock-option...). La perte de cotisations due à ces différents dispositifs est de 1 milliard d'euros ;
- réformer l'assiette des cotisations patronales pour qu'elles reposent sur l'intégralité des richesses créées dans les entreprises ;
- mettre à contribution les placements financiers des entreprises qui, aujourd'hui, échappent à la cotisation.

... Une autre politique de santé

Le niveau et le mode de vie, les conditions de travail et l'environnement économique et social, déterminent pour beaucoup l'état de santé de la population.

Ainsi les choix de gestion des entreprises, la précarisation du travail, le chômage, ont des effets néfastes sur l'état de santé.

Par ailleurs, notre système de santé est surtout axé sur le traitement de la maladie. La prévention en est le parent pauvre. Ce qui a des conséquences pour la santé et un coût financier pour la Sécurité sociale.

Il y a donc urgence, en lien avec l'action résolue pour l'emploi et des conditions de vie satisfaisantes, à construire une véritable politique de santé qui privilégie la prévention et la promotion de la santé.

Ce choix nécessite :

- d'agir pour la prévention au travail, pour améliorer les conditions de travail, empêcher les accidents du travail et les maladies professionnelles, les faire reconnaître lorsqu'ils se produisent. Dans ce dernier cas, leur financement ne repose pas sur les assurés sociaux mais sur les employeurs ;
- de développer l'éducation sanitaire, la médecine scolaire, la protection maternelle et infantile ;
- de prendre en compte les besoins nouveaux générés par l'allongement de la durée de vie.

La santé est un droit humain, fondamental, individuel et collectif.

La Cgt propose une politique de santé qui prenne en compte les besoins sanitaires et médico-sociaux en s'intéressant à la personne, à ses droits et pas seulement à la maladie.

Mieux organiser le système de santé et ...

La Cgt est favorable à une meilleure coordination entre les différents acteurs de soins.

Les patients doivent pouvoir trouver dans leur environnement des structures et des acteurs de santé, agissant de manière concertée, pour répondre à leurs besoins sanitaires et médico-sociaux.

La prise en charge du patient doit avoir pour objectif de le soigner et de le guérir.

Cependant, elle ne peut se cantonner à ce seul aspect.

Le progrès scientifique et technique permet le dépistage précoce de maladies non guérissables et l'allongement de la durée de vie.

La stabilité de l'état de santé, l'amélioration de la qualité de vie et l'autonomie des patients doivent donc faire partie des objectifs de notre système de santé.

Ces objectifs impliquent plus de concertation entre professionnels et de nouveaux modes de coopération et d'organisation entre les acteurs du système de santé.

La Cgt propose :

- *l'amélioration et la reconquête de l'hôpital public* : l'hôpital public est le pivot de notre système de santé solidaire. Il assure l'urgence sanitaire et sociale. Il est un lieu de recours, compétent, accessible en permanence. Et pourtant, il est en crise. Cette crise est le résultat des contraintes budgétaires et des restructurations. Des lits d'hôpitaux, des services d'urgences, des structures de proximité ont été fermés. Le choix de réduire l'offre globale de soins a conduit à une pénurie de personnels qualifiés. Des spécialités sont en voie de déclin (gynécologie obstétrique, ophtalmologie, anesthésie, réanimation, ...) ;
- *la sortie de l'hôpital public de la spirale de la régression* :

1. l'arrêt de toute nouvelle fermeture de structure de soins avant d'avoir vérifié que les besoins de santé et de soins sont effectivement couverts,
 2. un plan d'urgence emploi-formation des professionnels de santé est vital pour éviter que la période de pénurie de personnel ne dure trop longtemps.
- *le développement de réseaux de santé reliant l'hôpital public et la médecine de ville* : il favoriserait la circulation et le partage de l'information et des connaissances entre professionnels ainsi que la recherche des solutions les plus efficaces en vue de l'amélioration de l'État de santé du patient. Celui-ci ne serait pas uniquement soigné mais suivi par une équipe pluridisciplinaire lui apportant son soutien ;
 - *la mise en place d'un dossier de suivi médical* : il serait utile à cette coordination et pourrait être tenu par un médecin coordinateur, librement choisi par l'assuré social, de préférence, mais pas obligatoirement un médecin généraliste. Il serait mis à jour par lui au vu des renseignements fournis par tous les médecins dispensant des soins à l'assuré, sauf opposition de sa part et dans le respect du secret médical ;
 - *l'évolution des pratiques médicales* pourrait servir à orienter la formation médicale continue et initiale des médecins en fonction des besoins. La pratique de tous les médecins doit donc être évaluée régulièrement, dans l'intérêt du patient comme dans celui de la profession médicale qui doit pouvoir faire la démonstration que sa pratique n'est pas défailante ;
 - *des recommandations de bonnes pratiques*, sous la responsabilité de la communauté scientifique aideraient le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés. Des références médicales, critères scientifiques reconnus par la communauté scientifique, permettraient de définir les prescriptions et les soins médicalement dangereux ou inefficaces.

... mieux définir et assurer le remboursement

Ce que la Sécurité sociale doit rembourser va faire l'objet d'un débat dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie.

La Premier Ministre considère qu'il faudrait différencier ce qui doit relever de la responsabilité individuelle et de la responsabilité collective.

La Cgt met en garde contre le risque de déremboursement auquel peut conduire l'engagement dans une telle voie.

Au nom de tels choix, la société déciderait de ne plus prendre en charge des soins résultant de " conduites à risques " ou qu'elle juge " peu utiles " même s'ils le sont pour une partie de la population.

Au nom d'une telle notion, les Pays Bas ont décidé de ne plus prendre en charge les soins dentaires des personnes adultes.

Pour éviter cette dérive, la Cgt propose la logique suivante :

- ce qui est pris en charge par la Sécurité sociale n'est pas immuable. Le périmètre de prise en charge peut évoluer en fonction des besoins, des pratiques médicales, des progrès scientifiques ;
- ce qui doit prévaloir pour le déterminer, c'est l'objectif de santé et non la recherche d'économie ; les critères doivent être scientifiques.

La Cgt entend veiller cependant à ce que soit justifié ce qui est pris en charge car il s'agit de bien utiliser les fonds alloués à la Sécurité sociale qui proviennent du salaire socialisé des salariés. Par ailleurs, elle n'ignore pas que pour certains, la santé est un marché lucratif et source de profits.

Pour déterminer ce qui doit être pris en charge, la Cgt propose quatre notions : la sécurité des prestations, leur efficacité et utilité thérapeutique et enfin leur efficience qui conjugue efficacité thérapeutique et économique.

La Cgt se situe dans une perspective de conquête de la couverture sociale.

Elle considère qu'il faut en priorité, améliorer la prise en charge par la Sécurité sociale dans les domaines insuffisamment remboursés tels l'optique, le dentaire, l'appareillage.

Elle est opposée à tout transfert de prise en charge vers les organismes complémentaires qui aurait pour conséquence de provoquer des inégalités de santé et d'augmenter les cotisations de leurs adhérents.

La Cgt propose de rendre aux salariés la maîtrise de la Sécurité sociale

Les organisations syndicales de salariés et patronales participent à la gestion de la Sécurité sociale. Les assurés sociaux, salariés actifs, chômeurs et retraités, sont représentés au sein des conseils d'administration par des administrateurs issus des syndicats de salariés.

Aujourd'hui, la gestion est en crise.

Les assurés sociaux ont été privés de la possibilité d'élire leurs représentants dans les conseils et donc d'intervenir sur les choix de gestion de la Sécurité sociale.

Les conseils ont été vidés de leurs prérogatives.

L'État s'est substitué aux administrateurs pour imposer ses vues. Il en résulte un empilement de responsabilités mal définies provoquant des conflits répétés entre la Sécurité sociale et l'État, préjudiciables à l'intérêt des assurés sociaux et au combat pour la santé.

Il faut redonner de l'efficacité, de la cohérence, à la gestion du système de santé et de Sécurité sociale.

La Cgt présente trois objectifs :

Démocratiser la gestion

Les administrateurs doivent être élus par les assurés sociaux. La composition des conseils d'administration doit refléter leurs choix et ceux qu'ils estiment nécessaires de faire en matière de santé et de Sécurité sociale.

Leurs représentants doivent être majoritaires dans les conseils. Cette majorité est pleinement justifiée par le fait que ce sont les salariés qui financent la Sécurité sociale par les cotisations et la Csg issues de leur travail.

Ce qu'on appelle cotisation ou " charge " patronale n'est rien d'autre qu'une partie du salaire versée directement par les employeurs pour leurs salariés aux caisses de Sécurité sociale.

Clarifier les responsabilités de la Sécurité sociale et de l'État

L'État doit décider de la politique de santé publique. Il doit être aussi de sa responsabilité de décider et d'être le garant du droit égal pour tous à la Sécurité sociale. Cette responsabilité doit être encadrée par un processus démocratique.

La Sécurité sociale doit être une force de propositions, reconnue et entendue par l'État, sur le périmètre et le niveau des remboursements, la qualité et l'organisation du système, l'élaboration budgétaire.

Associer les différents acteurs

Des rapports de partenariat doivent se construire entre le régime de base obligatoire de la Sécurité sociale et les organismes complémentaires (mutualité, institutions de prévoyance). Ces rapports doivent se fonder sur le rôle déterminant et prépondérant de la Sécurité sociale qui assure le droit égal pour tous les assurés sociaux.

La Cgt propose aussi la création d'un conseil de branche. Dans ce conseil, siègeraient des acteurs de santé différents tels des professionnels de santé, des associations de malades, des scientifiques, des représentants des caisses de Sécurité sociale. La mission de ce conseil, lieu de rencontres et d'échanges d'expériences, serait d'élaborer des recommandations et des propositions dans les domaines de la santé et de la Sécurité sociale, à destination des administrateurs chargés eux de la gestion des caisses.

