

Note à l'attention des groupes parlementaires

Principales propositions de la CGT de modification du projet de loi portant réforme de l'assurance maladie

Introduction

La CGT ne se situe pas, à proprement parler, dans une démarche d'amendement du projet de loi de réforme de l'assurance maladie.

En revanche, elle porte un ensemble de propositions qu'elle souhaite communiquer aux groupes parlementaires, propositions qui, si elles étaient prises en compte par le Parlement, pourraient aller jusqu'à changer la logique du projet de loi actuel.

Ainsi que nous l'avons souligné dans les documents que nous avons communiqués tant à la Commission Debré qu'aux ministres, **la CGT estime indispensable une réforme de l'assurance maladie**. Il faut améliorer notre système de soins, d'abord pour mieux soigner, mais également pour mieux utiliser les ressources de l'assurance maladie ; il faut modifier le pilotage du système, pour clarifier les responsabilités, et surtout pour redonner une place centrale à la démocratie sociale et sanitaire dans le cadre d'une délégation de gestion renouvelée ; il faut enfin dégager les ressources nécessaires pour faire face de manière solidaire à la croissance inéluctable des dépenses de santé.

Le projet de loi passe largement à côté de ces défis : il préfère une approche répressive fondée sur la culpabilisation au véritable travail concerté, avec l'ensemble des acteurs sur l'organisation du système de soins ; il fait le choix de l'étatisation du pilotage de l'assurance maladie à travers l'octroi des quasi pleins pouvoirs au Directeur général de la CNAM ; en faisant le choix d'une réforme non financée, il conduit dans un premier temps à l'aggravation de la dette de la CADES, puis inéluctablement à un transfert des dépenses sur les assurés sociaux, dont le forfait par feuille de soins et l'augmentation programmée du forfait hospitalier est aujourd'hui le symbole avant d'être demain l'outil.

L'analyse approfondie du projet de loi mise en ligne sur le site de la CGT effectue une critique précise des dispositions du projet. Nous mettons l'accent dans cette note de manière plus synthétique sur les aspects les plus importants sur lesquels le projet devrait être modifié.

Pour des raisons de temps, notre travail a été réalisé sur la base de l'avant-projet sur lequel l'avis des caisses de Sécurité sociale a été rendu, et non sur celui adopté par le Conseil des ministres.

Nous suivons l'ordre des titres du projet.

Organisation du système de soins

Ainsi qu'il a été dit, nous sommes pour une meilleure organisation du système de soins : la CGT est favorable au dossier médical personnel, à l'organisation de parcours de soins, à une meilleure coordination ville/hôpital, à l'évaluation des professionnels et à la formation médicale continue, au développement de la prévention. Mais nous récusons l'approche à dominante répressive de la première partie du projet. A la répression, nous préférons l'incitation.

Les principaux points concernant cette première partie sont les suivants :

1. Il est nécessaire de remettre en cause les mesures prévoyant des baisses de remboursement si l'assuré n'a pas de médecin traitant ; la possibilité pour les spécialistes de pratiquer des dépassements d'honoraires ; les mesures limitant la prise en charge à 100% des patients en ALD seulement à ceux qui respectent le protocole de soins ou s'ils s'inscrivent dans un réseau de soins.
2. Le volet répressif en matière d'indemnités journalières doit également être remis en cause :
 - mesures concernant la mise sous surveillance (voire de suspension des IJ) des praticiens qui prescrivent trop par rapport à la moyenne régionale (l'approche du texte est purement statistique, sans que l'on sache ce qu'il faut entendre par « significativement supérieures aux données moyennes constatées » ;
 - notification à l'employeur de la suspension des IJ (du fait du risque de licenciement du salarié concerné) ;
 - suppression de la disposition prévoyant le remboursement des IJ déjà perçues en cas d'arrêt médicalement injustifié (le caractère justifié ou non d'un arrêt maladie s'apprécie au moment du contrôle).
3. Le projet de loi pourrait prévoir des mesures favorisant l'installation des praticiens dans les zones prioritaires. Par exemple, il pourrait être rémunéré lors de ses dernières années d'études s'il s'engage à s'installer dans une zone prioritaire.
4. Le volet prévention doit être encouragé. Il doit inclure une dimension santé au travail, totalement absente du projet de loi. De même, la dimension environnement de la prévention doit être traitée.
5. La question de l'hôpital doit être traitée. La réponse ne peut être « hôpital 2007 ». La question des moyens en personnels et de la dimension démographique doit être traitée. Pour la CGT, il faut remettre en cause l'orientation de généralisation de la T2A. Une nouvelle logique de tarification, fondée sur la réalisation d'objectifs de santé publique doit être mise en œuvre.

Pilotage de l'assurance maladie

Si une clarification des rôles est à coup sûr nécessaire dans le pilotage de l'assurance maladie, elle doit porter avant tout sur les compétences respectives de l'Etat et de l'assurance maladie. Une plus large délégation de gestion de l'assurance maladie doit aller de pair avec une revalorisation du rôle de la démocratie sanitaire et sociale.

Le projet de loi s'inscrit au contraire dans une logique d'étatisation du système, en donnant l'essentiel des pouvoirs au Directeur général de la CNAM.

1. Donner aux caisses nationales (CNAM, CANAM, MSA) un pouvoir dans l'élaboration du PLFSS est une mesure qui va dans le bon sens. Toutefois, ce pouvoir d'initiative doit être plus largement défini. En particulier, la proposition des caisses doit s'inscrire dans un cadre pluriannuel, et non devoir s'inscrire dans une programmation pluriannuelle définie en dehors des caisses, ainsi que semble le prévoir le projet de loi. Cette proposition doit porter sur les recettes et les dépenses et constituer un véritable projet de budget, et non des orientations générales. Naturellement, la forme précise de cette proposition ne pourra être fixée que par la loi organique réformant le PLFSS que le gouvernement annonce pour l'automne.

2. La CGT s'était prononcée pour un Conseil scientifique chargé de donner un avis, notamment sur la définition du périmètre remboursable. La proposition d'une Haute autorité de santé pose un certain nombre de problèmes. Son mode de désignation (Président de la République, Président de l'Assemblée nationale, Président du Sénat, Président du Conseil économique et social) ne garantit ni l'indépendance, ni le pluralisme de sa composition ; son statut est celui des autorités de régulation ; enfin, son rôle n'est pas, malgré son titre, limité à un avis scientifique, mais comporte une composante économique, qui peut en faire un outil de maîtrise comptable des dépenses. Ces 3 points devraient être revus, afin d'en faire une véritable référence scientifique pluraliste, conseil des pouvoirs publics pour la détermination du périmètre remboursable (médicaments comme actes médicaux).
3. Le nouvel équilibre entre Conseil et Directeur général de la CNAM introduit en réalité un total déséquilibre au profit du Directeur général. S'il est légitime que le rôle d'exécutif du Directeur général soit précisé, il doit se limiter à être précisément un exécutif, c'est-à-dire à exécuter les décisions du Conseil. Le texte doit être réécrit pour être rééquilibré :
 - le Conseil doit être qualifié : une formule de type Conseil d'administration et d'orientation serait symbolique du rôle dirigeant du Conseil ;
 - La composition du Conseil doit être fixée par la loi, et non renvoyée à un décret. La CGT est favorable à un retour aux principes fondateurs de 1945, selon laquelle la sécurité sociale est un service public dont la gestion est confiée à ses usagers. Elle ne revendique pas un retour pur et simple au paritarisme. Pour la CGT, seul le retour à l'élection permettrait de redonner au Conseil la légitimité nécessaire pour assumer ses responsabilités. A défaut, les Conseils devraient être composés en fonction de la représentativité des organisations syndicales (appréciée à partir des élections prud'homales et des élections aux CAP de la Fonction publique). Cette même exigence de représentativité s'impose aux organisations patronales. Par ailleurs, si la CGT est favorable à une relation de partenariat avec les organismes complémentaires, elle n'est pas favorable à une présence de la Mutualité dans les Conseils, qui n'a pas de justification ;
 - le Conseil doit exercer un pouvoir de nomination du Directeur général. Ce ne peut être simplement un pouvoir d'opposition : il ne peut donc y avoir de majorité qualifiée pour refuser la proposition du gouvernement. Dans le cas où il s'oppose à la nomination du candidat proposé par le Gouvernement, on peut même envisager qu'il propose un ou plusieurs candidats. En application de la règle du parallélisme des formes, il doit pouvoir demander la révocation du Directeur général ;
 - Le projet actuel prévoit que le Directeur général de l'UNCAM sera, soit le Directeur général de la CNAM, soit une personnalité nommée par lui. Cette nomination ne serait acceptable que si le Directeur général était désigné avec l'accord du Conseil de l'UNCAM ;
 - Le Conseil doit conserver une compétence générale sur les questions concernant la CNAM. Si la CGT n'est pas opposée à une définition plus précise de ses compétences, la disposition du code de la Sécurité sociale prévoyant que le Conseil règle par ses délibérations les affaires concernant la CNAM doit être maintenue. La disposition du projet prévoyant que le Directeur général exerce les attributions qui ne sont pas confiées à un autre organe doivent être supprimées ;

- Les décisions stratégiques du Conseil doivent être réellement exercées par lui. Il s'agit d'un pouvoir de décision, et non d'opposition. Elles n'ont donc pas à être prises à la majorité qualifiée ;
 - Si la CGT n'est pas opposée à ce que les Directeurs des caisses locales soient proposés par le Directeur général de la CNAM, les Conseils doivent approuver cette nomination (et non seulement exercer un droit d'opposition) ; il ne doit pas y avoir de majorité qualifiée ; les Conseils doivent pouvoir révoquer les directeurs des Caisses locales (parallélisme des formes) ;
 - Le Directeur général de la CNAM ne peut avoir la possibilité de s'opposer à une décision d'une caisse locale. Seul le Conseil de la CNAM doit pouvoir s'opposer à une décision du Conseil d'une caisse locale par un avis motivé, et sous le contrôle du juge.
4. Le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire doit être modifié. Il faudrait par exemple prévoir que le cahier des charges garantisse au minimum une couverture égale à la CMUC, et veiller à ce que les dispositifs paritaires de prévoyance maladie ne soient pas défavorisés par l'institution de cette aide. La CGT n'est pas favorable à l'utilisation de la technique du crédit d'impôt, en particulier parce qu'il tend à favoriser les couvertures individuelles par rapport aux couvertures collectives..
 5. La CGT est favorable à une meilleure coordination entre la ville et l'hôpital. Elle propose la création d'institutions régionales de santé (IRS), se substituant aux actuelles ARH, mais avec des compétences plus larges. Ces IRS seraient des établissements publics, assurant une représentation de l'ensemble des acteurs concernés. Par rapport aux actuelles ARH, elles devraient être démocratisées, le rôle principal étant confié au Conseil d'administration.

Mesures financières

La question du financement est l'un des aspects déterminants de la réforme. Or, ainsi que nous l'avons noté par ailleurs (cf. analyse détaillée du projet de loi), la réforme n'est pas financée : environ les 2/3 des 15 Mds € annoncés par les ministres ne sont pas justifiés.

Pour la CGT, une réforme de progrès de l'assurance maladie suppose une réforme ambitieuse du financement. Dans cet esprit, nous formulons les propositions suivantes.

1. La CGT n'est pas favorable aux mesures concernant la CSG sur les revenus des actifs et des retraités: élargissement de l'assiette de la CSG des actifs de 95 à 97%, augmentation du taux de la CSG des retraités. de 0,4%.
2. L'augmentation de la CSG portant sur les revenus des placements peut en revanche être discutée. Nous notons néanmoins que l'augmentation de 0,7% vise en réalité, ainsi que l'ont démontré les services de l'ACOSS, à compenser la disparition de l'avoir fiscal. Elle n'augmente pas les recettes de l'assurance maladie. L'augmentation de la CSG des placements devrait être plus importante, par exemple augmentation du taux de la CSG sur les placements de 1% à 1,5%, au lieu de 0,7%.
3. Les mesures proposées sont hors de proportion avec les besoins de financement. Les propositions de la CGT pour une réforme du financement sont connues. **Nous rappelons nos propositions principales.**
 - a) Un changement de l'assiette de la part patronale des cotisations. Nous proposons de passer d'une assiette salaires à une assiette valeur ajoutée permettant de favoriser les entreprises de main-d'œuvre, et celles qui contribuent au développement de l'emploi. Cette

proposition, en modifiant les coûts relatif du facteur travail et du facteur capital serait un levier puissant au développement de l'emploi, et contribuerait ainsi à accroître la croissance potentielle à long terme de l'économie.

- b) En complément de cette proposition qui favorisera les entreprises de main-d'œuvre, il nous paraît nécessaire de remettre en cause les exonérations de cotisations patronales, qui ont connu une croissance exponentielle depuis 10 ans. Notre proposition de réforme de l'assiette permet de favoriser les entreprises de main d'œuvre, sans présenter les inconvénients des dispositifs actuels comme l'allégement unique des cotisations : créer un effet de *trappe à bas salaires*, l'augmentation du coût salarial total supérieure à celle du salaire net dissuadant les employeurs d'accorder des augmentations de salaires. Sans attendre, il est nécessaire de mettre rapidement fin à la non-compensation des exonérations antérieures à 1994, qui occasionne une perte annuelle de recettes de 2 Mds € pour la Sécurité sociale.
 - c) Nous proposons également de créer une contribution sociale assise sur les revenus financiers des entreprises, qui pourrait également inciter ces dernières à développer leurs investissements productifs, matériels comme immatériel (dépenses de formation en particulier).
 - d) Les impayés de cotisations occasionnent chaque année une perte de recettes pour le régime général de l'ordre de 2 Mds € Ces impayés proviennent pour l'essentiel de TPE (moins de 10 salariés), très fragiles. Nous proposons l'institution d'un fonds de garantie des entreprises, alimenté par une surcotisation à la cotisation patronale, et dont le taux pourrait varier en fonction des impayés effectivement constatés (cette surcotisation s'apparenterait à une prime d'assurance). Ce fonds de garantie pourrait être géré par l'ACOSS.
 - e) Nous proposons de soumettre à cotisations sociales dans les conditions de droit commun, les revenus issus de l'intéressement, de la participation et des plans d'épargne d'entreprise (PEE). Rappelons que les revenus des PEE sont déjà assujettis à la CSG et à la CRDS, et que le PERCO (plan d'épargne retraite collectif) est assujetti à une contribution sociale au profit du fonds de réserve des retraites.
 - f) Nous proposons le retour à l'assurance maladie des droits sur les tabacs et alcools transférés au budget de l'Etat à la suite de la disparition du FOREC
4. Enfin, le problème de la dette doit être traité. Le projet de loi prévoit e fait une pérennisation de la CADES, ce qui n'est guère conforme à la logique économique des régimes de protection sociale par répartition. Un élargissement des ressources de la CADES doit être envisagé. Nous proposons un élargissement de l'assiette de son financement, qui pourrait passer par exemple par l'affectation du produit de la CSB, de la TGAP, de la C3S¹ ou encore de la taxe sur les produits pharmaceutiques, dont le taux pourrait être augmenté.

¹ Contribution sociale de solidarité des sociétés