

# LES 5 DÉFIS AUXQUELS IL FAUT RÉPONDRE POUR RECONQUÉRIR LA SÉCURITÉ SOCIALE



## ALLER VERS LE « 100 % SÉCU » : DOCUMENT POUR MENER LE DÉBAT

La CGT est engagée dans une campagne ambitieuse pour la reconquête de la Sécurité sociale depuis un an.

Elle s'appuie sur les principes fondateurs de la Sécu que sont la solidarité et l'universalité et vise, à partir de ces principes, à répondre aux besoins des personnes quel que soit leur âge ou leur situation professionnelle et bien entendu en intégrant de nouveaux besoins non encore couverts.

### Il s'agit d'imaginer la Sécurité sociale du **xxi<sup>e</sup>** siècle.

La CGT propose de mettre ses propositions pour une Sécurité sociale intégrale en débat dans les organisations, fédérations, unions départementales et syndicats.

Cette sécurité intégrale doit être fondée sur le principe d'un système simplifié, clair et accessible. C'est pourquoi la Sécurité sociale doit devenir interlocuteur, collecteur et payeur unique.

Ces propositions revendicatives posent une série de questions pour parvenir à une Sécu à 100 % sur l'ensemble des branches de la Sécurité sociale.

Elles s'inscrivent dans la perspective d'un système plus juste et égalitaire, où les richesses créées par le travail doivent être au service de l'intérêt général – donc collectif – et de la réponse aux besoins sociaux de toutes et tous.

Pour la CGT, la reconquête de la Sécu, c'est permettre à chacune et à chacun de faire face à tous les événements ou aléas de la vie.

### L'URGENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE INTÉGRALE

Délais de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous pour les médecins généralistes comme pour certaines spécialités, engorgement des urgences, multiplication des déserts médicaux... L'accès aux soins est de plus en plus difficile et le système de santé est de plus en plus sous tension.

L'augmentation du reste à charge (RAC) supporté par les familles illustre également, de la manière la plus concrète, le recul de notre Sécurité sociale solidaire par rapport à l'origine. C'est pourquoi il est indispensable de faire naître une Sécurité sociale solidaire, fondée sur le principe: chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

## LES 5 DÉFIS AUXQUELS IL FAUT RÉPONDRE

La CGT propose « une reconquête de la Sécurité sociale ». Pour que cette reconquête ne reste pas seulement un slogan, elle doit s'incarner dans des propositions précises. Nous proposons de répondre à 5 défis :

### 1. Défendre l'unité et l'universalité de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale, ce n'est pas seulement l'assurance-maladie.

Depuis sa création en 1945, la Sécurité sociale a vocation à protéger l'ensemble de la population contre l'intégralité des risques sociaux. C'est dans cette approche que s'inscrit la démarche de reconquête de la Sécurité sociale portée par la CGT.

La reconquête de la Sécurité sociale concerne par exemple les retraites : garantir à toutes et à tous un haut niveau de retraite. Elle concerne aussi la famille.

La Sécurité sociale inclut également la perte d'autonomie. Pour la CGT, cette question, qui fait naturellement partie intégrante des missions de la Sécurité sociale, devrait constituer un nouveau droit dans le cadre de la branche maladie de la Sécurité sociale, et non être individualisée dans une 5<sup>e</sup> branche, et ce quel que soit l'âge de sa survenue.

Enfin, la Sécurité sociale devrait inclure la garantie d'un revenu de substitution en cas de perte d'emploi. Pour la CGT, la Sécurité sociale devrait aller vers une Sécurité sociale professionnelle.

## L'AUGMENTATION DU RESTE À CHARGE

Les statistiques officielles affichent une stabilité de la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance-maladie, autour de 76 % des dépenses.

Ce chiffre est trompeur et même tronqué, du fait de la forte croissance de la part des dépenses relevant du régime des affections de longue durée (ALD), qui sont prises en charge à 100 %. Comme le signalait la Cour des comptes en 2016, l'augmentation du reste à charge des ménages a été de 3 % entre 2002 et 2013 pour les assurés sociaux qui ne sont pas en ALD, et qui représentent plus de 80 % de la population.

Ce reste à charge peut atteindre dans certains cas des niveaux insupportables : selon la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), il dépasse 2000 € pour les 10 % qui supportent le RAC le plus élevé. Les personnes âgées sont particulièrement concernées. Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), les personnes de plus de 70 ans supportent un reste à charge moyen supérieur à 700 € par an, qu'ils soient en ALD ou non.

L'assurance-maladie rembourse particulièrement mal l'optique, le dentaire et l'audition. L'essentiel des dépenses est financé, soit par les assurances complémentaires, soit directement par les ménages concernés. Il en résulte que de nombreux assurés renoncent à effectuer les soins dentaires nécessaires ou à acquérir un appareil auditif.

Le coût d'acquisition d'une mutuelle est souvent difficilement supportable pour un retraité modeste, qui doit fréquemment dépenser plus de 100 € par mois pour sa mutuelle.

## 2. Il faut modifier profondément l'organisation du système de santé à partir de la promotion du travail et de la santé, en s'engageant dans une démarche de prévention, d'éducation sanitaire et de promotion du travail et de la santé.

Une transformation du système – donc de sa logique – est indispensable. Il faut d'abord se dégager d'une culture réparatrice, redistributive, compensatrice des dégâts accomplis par le travail pour s'engager dans des démarches de prévention d'éducation et de promotion du travail et de la santé. Pour la CGT, il importe d'affirmer fortement les liens entre les enjeux du travail et de la santé, intégrant Sécurité sociale et sécurité sociale professionnelle.

## 3. Tout ce qui contribue aux soins doit être remboursé par l'assurance-maladie

Il y a de très grandes inégalités de prise en charge des soins : autour de 90 % en moyenne pour l'hospitalisation, 70 % pour les généralistes ou les médicaments, un peu plus de 30 % pour les dentistes, moins de 5 % pour les lunettes.<sup>1</sup>

Certaines dépenses ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie. Ce non-remboursement est parfois justifié, mais il doit reposer sur des règles claires et compréhensibles. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés (ce qui est normal : ces dépassements d'honoraires ne devraient pas exister).

Une question essentielle est celle de l'autorité qui décide de ce qui doit être remboursé et à quel taux. L'estimation du service médical rendu relève de la responsabilité de la technocratie de la Cnam, en collaboration avec la Haute Autorité de santé (HAS).

Les choix concernant l'autorisation de mise sur le marché des médicaments et leur admission au remboursement devraient être placés sous la responsabilité du Conseil d'administration de la Cnam, émanation des assurés sociaux.

Il faut donc d'abord définir le périmètre remboursable, ce qui doit se faire selon des règles transparentes. Tout ce qui est nécessaire devrait être inclus dans le périmètre remboursable, mais pas ce qui relève du luxe (par exemple pour l'optique, les montures les plus chères ou certaines caractéristiques des verres particulièrement coûteuses sans être véritablement justifiées médicalement).

Une fois défini le périmètre remboursable, se pose la question du taux de remboursement. Actuellement, le taux de remboursement par l'assurance-maladie est, comme on l'a vu, très variable : 100 % pour les ALD, 70 % en moyenne pour les médicaments, 15 % pour les médicaments dont l'assurance-maladie considère que le service médical rendu est insuffisant. Il est particulièrement bas pour le dentaire, l'optique et les prothèses auditives (10 % voire moins).

La détermination de ce périmètre remboursable et du taux de remboursement constitue un enjeu central de la reconquête de la Sécurité sociale. Cela implique une discussion stratégique au sein de l'assurance-maladie sur ce qui doit être remboursé : le principe devrait être que tout ce qui permet de soigner devrait être remboursé. Rien ne justifie en particulier la faiblesse de la prise

1. Données issues des comptes de la santé 2017, portant sur l'année 2016. Ce sont des moyennes, qui ne permettent pas de faire une distinction entre les dépenses remboursées à 100 % et les autres

en charge du dentaire, de l'optique et de l'audition par l'assurance-maladie, comme les différences des taux de remboursement des médicaments. Plus fondamentalement, il y a lieu de s'interroger sur le bien-fondé du ticket modérateur<sup>2</sup>, qui existait déjà avant la création de la Sécurité sociale en 1945. Sa justification est d'éviter la « surconsommation médicale » : il s'apparente à la franchise des assurances. Mais dès lors que les soins ont été prescrits par un médecin, ils sont présumés être médicalement justifiés : un patient ne se prescrit pas des médicaments à lui-même ! Nous proposons de tendre vers un remboursement à 100 % des dépenses de soins, dès lors qu'ils ont été prescrits par un médecin et que les traitements ont été reconnus comme efficaces. En revanche, les médicaments inutiles n'ont aucune raison d'être remboursés par la Sécurité sociale.

S'agissant du dentaire, de l'optique et de l'audition, il faut engager d'urgence une reconquête de leur remboursement par la Sécurité sociale permettant de passer de la situation actuelle – où le taux de remboursement est de l'ordre de 10 % – à un remboursement intégral par l'assurance-maladie.

Nos propositions sont donc très différentes de celles formulées par Emmanuel Macron au congrès de la Mutualité française. Nous proposons d'aller vers un remboursement à 100 % du dentaire de l'optique et de l'audition par la Sécurité sociale, alors que le président de la République propose que ce remboursement soit opéré par les complémentaires – qui devraient pour ce faire augmenter leurs cotisations. En outre, le 100 % ne serait garanti que pour des équipements standards relativement bas de gamme, les assurés sociaux ayant la possibilité d'opter pour des équipements plus coûteux mais non pris en charge à 100 %.

#### **4. Dégager les ressources nécessaires implique une réforme du financement**

Une prise en charge par l'assurance-maladie au même niveau que les autres soins du dentaire, de l'optique et de l'audition aurait bien sûr un coût pour cette dernière, augmenté par le fait qu'un certain nombre de patients qui renoncent aujourd'hui à se soigner y auraient recours. L'exemple de l'audition en est un bon exemple : de très nombreux patients renoncent à acquérir une prothèse auditive qui coûte environ 1 500 € l'unité et dont environ les 2/3 restent à leur charge (après intervention de leur mutuelle).

En sens inverse, cette réforme générerait des gains d'efficacité, qui permettraient d'éliminer des dépenses inutiles.

---

2. Part des soins non remboursés par la Sécurité sociale.

L'exemple du régime local d'Alsace-Moselle, qui comporte une complémentaire obligatoire permettant un taux de remboursement de 90 % des soins courants et 100 % sur l'hospitalisation (y compris le forfait hospitalier) montre que ce coût pourrait être relativement limité.

### **LES PROPOSITIONS DE LA CGT POUR TRANSFORMER LE SYSTÈME DE SANTÉ**

La CGT a formulé un certain nombre de revendications en ce sens : développement de centres de santé pluriprofessionnels, avec des professionnels de santé salariés, financement forfaitisé dépendant du nombre de patients traités, remise en cause de la séparation ville/hôpital, mise en place d'une médecine de parcours pilotée par l'assurance-maladie (et non par les complémentaires ou les assureurs comme c'est le cas actuellement)...

Il faut développer un maillage d'hôpitaux de proximité, qui corresponde à une logique d'aménagement du territoire. L'hôpital de proximité serait un établissement doté d'un service d'urgence, d'une maternité, de services de médecine et de chirurgie, de soins de suite et de structures pour personnes âgées (Ehpad, USLD). Il serait en lien avec un réseau de centres de santé et de structures de psychiatrie.

Le mode de financement des établissements hospitaliers devrait être revu en sortant du financement à l'acte (tarification à l'activité ou T2A) pour passer à un financement forfaitaire sur la base d'objectifs de santé intéressant le territoire.

Il est également nécessaire de mettre en œuvre une véritable politique industrielle dans le secteur des produits de santé : imagerie médicale ou nucléaire à usage médical, sans oublier bien sûr le médicament, domaine dans lequel il n'y a plus de recherche-développement en France.

Enfin, il est impératif de mettre en place une régulation du prix du médicament, en particulier les médicaments innovants. L'exemple du coût faramineux du traitement de l'hépatite C a été au premier plan de l'actualité, mais certains médicaments anticancéreux ou visant au traitement de certaines maladies orphelines sont encore plus coûteux. L'assurance-maladie n'a pas pour fonction d'enrichir les multinationales du médicament.

Au total, une telle réforme se traduirait par une augmentation des cotisations d'assurance-maladie qui serait sans doute comprise entre 1 et 2 points de cotisation.

Ce coût n'est pas négligeable, mais n'est pas non plus hors d'atteinte. En même temps, cela renforce la nécessité d'une réforme du mode de financement des cotisations employeurs. Cette mesure pourrait être financée de diverses manières, par exemple par l'institution d'une contribution patronale sur les intérêts et dividendes. Par ailleurs, du fait du changement de périmètre de prise en charge, cette hausse serait compensée par la baisse des cotisations des complémentaires santé.

En tout état de cause, c'est le travail et les richesses qu'il crée qui doivent financer, par la cotisation, la Sécurité sociale, notre protection sociale, condition unique pour préserver un système solidaire.

## 5. Un rôle nouveau de la protection sociale complémentaire

Cette réforme impliquerait de redéfinir le rôle de la protection sociale complémentaire (mutuelles et institutions de prévoyance). Il conviendrait de concevoir une nouvelle complémentarité entre l'assurance-maladie et les com-

plémentaires, avec comme objectif un désengagement de la couverture santé au profit de la Sécurité sociale. Ces dernières devraient se recentrer essentiellement sur la prévention et la prévoyance lourde. Des milliers de postes ont été supprimés ces dernières années à la Sécurité sociale avec les conséquences néfastes que l'on connaît pour les patients et usagers: fermeture de caisses, délais de traitement des dossiers excessivement longs, éloignement d'un service de proximité... De par leurs compétences et expériences, avec un minimum de formation si besoin, nombre de salariés des mutuelles pourraient intégrer les effectifs de la Sécurité sociale, la remplaçant dans sa dimension de service public au service de l'utilisateur.

Pour ce faire, elle pourrait s'appuyer sur son très important réseau de services de soins et d'accompagnement: hôpitaux, cliniques, centres de santé, centres d'optique et d'audition, Ehpad... La mutualité compte au total près de 2600 établissements. Elle pourrait aussi aider à développer la coopération et la mise en réseau des différents acteurs du système de santé.

Pour compléter ce document de débat, vous avez une série de matériels à disposition sur le site [cgt.fr](http://cgt.fr): diaporama, 4-pages permettant d'approfondir votre réflexion sur chaque point particulier et d'alimenter le débat dans les syndicats.

**Vous ne voulez pas en rester là ! Ensemble, dans le syndicat, nous serons plus forts.**

Bulletin de contact et de syndicalisation

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Âge : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_

Entreprise (nom et adresse) : \_\_\_\_\_