



Porte de Saint-Cyr, RD 10  
78210 SAINT-CYR L'ECOLE

☎ 01.30.83.35.41

[cfdtinra@versailles.inra.fr](mailto:cfdtinra@versailles.inra.fr)

## LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE LES PROPOSITIONS DE LA CFDT

L'Union Régionale CFDT Ile de France a pris l'initiative d'un débat, le 20 janvier 2004 sur cette réforme.

Il s'agit, sur le fond, de définir l'ensemble des services et des soins qu'une collectivité s'accorde à reconnaître comme utiles et nécessaires et aussi la manière dont elle entend les faire prendre en charge par l'assurance maladie de base et les complémentaires.

Concrètement, il s'agit de maîtriser la dérive financière et l'échec des dispositifs de régulation.

### I - LE CONSTAT

#### Les réalités du système d'assurance maladie

##### 1/ Un déficit en augmentation

L'ordre de grandeur du **déficit cumulé prévu** pour la branche assurance maladie **en 2002/2003 serait de l'ordre de 16 milliards d'Euros (6 milliards en 2002 et 10 milliards en 2003)**, sans oublier la dette passée, payée par la CRDS jusqu'en 2014. Pour la CFDT le déficit était prévisible car une croissance plus faible de la masse salariale entraîne mécaniquement une moindre rentrée des cotisations ; ce déficit est aussi le résultat d'un dérapage progressif des dépenses de santé depuis 1998. Voir en annexe le tableau des prestations de protection sociale en 2001.

##### 2/ Des demandes de santé en forte croissance

- **vieillesse de la population** : 9 millions de personnes de plus de 65 ans (16 %) et 1.2 millions de personnes - en 2002 - de plus de 85 ans,
- le **patient est devenu un consommateur de soins** qui sollicite plusieurs avis,
- la **notion de santé s'est élargie à une notion de bien être** plus général d'où le développement de la médecine de confort. En outre depuis 2000, les dépenses des soins de ville croissent, annuellement, de 7 %.
- **impact du progrès technique** avec des moyens d'investigation de plus en plus sophistiqués et de plus en plus coûteux.

Cette tendance est générale dans le monde comme le montre le tableau ci-dessous

Les dépenses de santé dans le monde  
En pourcentage du PIB

	<b>1970</b>	<b>1990</b>	<b>2001</b>
<b>FRANCE</b>	<b>5.7 %</b>	<b>8.6 %</b>	<b>9.5 %</b>
<b>ITALIE</b>	5.1 %	8 %	8.4 %
<b>ALLEMAGNE</b>	6.3 %	8.5 %	10.7 %
<b>ETATS-UNIS</b>	6.9 %	11.9 %	13.9 %
<b>ROYAUME UNI</b>	4.5 %	6 %	7.6 %
<b>MOYENNE UE</b>	-	7.6 %	8.2 %

### 3/ Des inégalités persistantes

**A la fois pour les patients** qui n'ont pas tous un égal accès aux soins et **pour les professionnels de santé** confrontés à des problèmes de démographie (densité médicale très différente selon les régions) à une évolution des comportements (impact de la féminisation, du vieillissement) et au phénomène de rejet des spécialités professionnellement les plus exigeantes et juridiquement les plus exposées (chirurgie, anesthésie réanimation, obstétrique).

## II - LES ENJEUX

### 1 – Les mesures envisagées par le gouvernement

En terme de financement, l'objectif du Gouvernement serait, semble-t-il de contenir le déficit sans prendre bien entendu de mesures trop impopulaires. Pour JF Mattei il s'agit dans un premier temps de responsabiliser les patients et de limiter les abus et le gaspillage.

Pour la CFDT, certaines mesures qui pourraient être préconisées (soit un forfait sur chaque boîte de médicaments, soit une franchise sur chaque feuille de soins - tout en sachant qu' 1 milliard de demandes de remboursement sont effectuées par an -) creuseraient une fois encore les inégalités face à la maladie et à l'accès aux soins alors qu'une augmentation de 0.5 points de CSG rapporterait à elle seule 4.5 milliards d'Euros. Le Gouvernement, coincé entre promesses électorales et pacte de stabilité européen n'envisagerait pas pour le moment d'augmenter la CSG.

### 2 – les risques encourus

Pourtant à court terme, il s'agit de juguler l'hémorragie financière et le risque de banqueroute de l'assurance maladie. Mais outre la continuité du déremboursement de certains médicaments 3 autres risques majeurs sont à craindre :

**a - La tentation de l'étatisation :** l'Etat doit apprendre à déléguer, à faire avec la société civile et non pas faire à sa place.

**Selon la CFDT il faut maintenant revenir à une véritable délégation de fonction d'assureur pour l'assurance maladie**

**b - Le transfert entre l'obligatoire et le complémentaire :** le gouvernement n'a-t-il pas seulement comme perspective de faire baisser les prélèvements obligatoires ? En effet les cotisations payées par les salariés aux organismes complémentaires ne rentrent pas dans les prélèvements obligatoires. Une astuce consisterait à basculer une partie des dépenses de l'Assurance Maladie vers ce secteur et à réduire ainsi le déficit de l'Assurance Maladie obligatoire.

**La CFDT n'acceptera pas d'entrer dans ce qui serait un simulacre de réforme**

**c - L'arrivée des assureurs privés :** ceux ci n'ont pas caché leur intention de venir intervenir au 1<sup>er</sup> Euro dans l'Assurance Maladie, après avoir négocié, avec les professionnels de santé, le coût de certains soins.

**Pour la CFDT ce serait la mise en œuvre de la sélection du risque et donc des personnes, avec une logique de profits et de loi de marché.**

### **III - LES PROPOSITIONS DE LA CFDT**

#### ***Issues des orientations du congrès 2002***

**La mise en œuvre des orientations votées à Nantes :** Le bureau national du mois de juin 2002 avait décidé de créer un groupe de travail sur la régionalisation du système de santé et de l'assurance maladie. Compte tenu du nouveau contexte politique (lancement des groupes de travail « Mattéi ») il a élargi sa réflexion au-delà des questions de régionalisation et a travaillé sur l'ensemble du dossier « nouvelle gouvernance » (c'est-à-dire la façon dont est dirigée l'Assurance Maladie).

#### **1/ Améliorer la couverture et la qualité des soins pour tous**

##### **a/ L'universalité de l'accès aux soins**

Une étape importante avec la CMU, mais le dispositif reste dans une logique d'assistance ; une partie de la population reste hors couverture complémentaire.

☞ construire un vrai remboursement à 100 % associant l'assurance maladie et les organismes complémentaires (notamment en organisant la coopération entre les régimes obligatoires entre eux et avec les organismes complémentaires)

☞ définir une nouvelle garantie de soins comprenant tous les soins utiles et indispensables : préventifs, curatifs, réadaptation, palliatifs, pour donner aux assurés une lisibilité de leurs droits,

☞ généraliser l'accès à la prévoyance complémentaire (créer une aide fiscale pour y accéder).

##### **b/ Un financement solidaire, socialisé et affecté**

☞ Prélèvements sur les revenus du placement et du patrimoine,

☞ Contribution sur la masse salariale (part dite patronale),

☞ Droits identiques quel que soit le niveau de contribution des assurés,

☞ Contributions obligatoires versées à un organisme collecteur,

## **2/ Clarifier les rôles des différents acteurs pour permettre une amélioration du service rendu à la population**

Notamment il faut clarifier le rôle de l'Etat et de l'assurance maladie et rénover le cadre conventionnel avec les professionnels de santé libéraux (notamment opérer un rapprochement entre l'hôpital et la médecine de ville).

## **3/Le choix de l'assurance sociale : maintenir la légitimité des partenaires sociaux à piloter l'Assurance Maladie**

☞ C'est le vecteur privilégié de la solidarité, chacun paie selon ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins,

☞ C'est un contrat impliquant partenaires sociaux, Etat, citoyens et professionnels de santé. Il faut responsabiliser les uns et les autres (par exemple éviter les 130 000 hospitalisations/an dues à des prises de médicaments anarchiques, éviter les maladies neucosomiales).

## **4/ Prendre en compte la dimension territoriale des politiques de santé en intégrant les questions de régionalisation**

Il s'agit d'adapter les structures de l'assurance maladie au niveau régional :

☞ construire des passerelles entre sanitaire, social et médico-social,

☞ favoriser la mise en place d'agences régionales de santé, tout en sachant que nous resterions dans un cadre de financement national et d'une garantie universelle de la protection sociale

## **III - LE CALENDRIER**

**Le Ministre de la Santé avait lancé en fin 2002, la mise en place de 3 groupes de travail qui avaient pour objectif de faire des propositions devant servir de base à la future réforme.** La CFDT a participé activement à la vie de ces 3 groupes dont le travail respectif était :

Rapport RUELLAND : état des lieux sur la répartition des rôles entre les acteurs de l'assurance maladie,

Rapport CHADELAT : frontières d'intervention entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires,

Rapport COULOMB : définition des pistes pour donner des priorités de santé publique aux objectifs nationaux de dépenses de santé (ONDAM) qui sont votés chaque année par le Parlement.

### **Le 2 septembre 2003, coup d'envoi de rencontres bilatérales sur l'avenir de l'Assurance Maladie :**

- précisions sur la méthode que le Gouvernement entend utiliser pour mener la concertation,
- création du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM qui aurait une vocation à être pérenne) et chargé d'établir un diagnostic. Il s'inspire des 3 groupes de travail cités plus haut.
- Rendu du rapport du HCAAM le 23 janvier 2004

- Ensuite des groupes de travail seront appelés à explorer les différentes pistes d'évolution du système,
- Avant l'été 2004, fin des phases de concertation,
- Prises des décisions en parallèle de la loi de financement de sécurité sociale pour 2005.
- A ce jour on ignore si la réforme se fera par la loi ou par ordonnances. Il faut rappeler qu'en matière de Sécurité Sociale il a toujours été procédé par ordonnances,

## Annexe

## Tableau des prestations de protection sociale en 2001

Source : Compte de la protection sociale DREES (en millions d'Euros)

	Assurances sociales				Régimes D'employeurs	Régimes de la mutualité de la retraite supplémentaire et de la prévoyance	Régimes d'intervention sociale des pouvoirs publics	Régimes d'intervention sociale des ISBLM	TOTAL	
	Régimes de la Sécurité sociale			Régimes d'indemnisation du chômage						
	Régime général	Autres régimes	Total							
<b>SANTE</b>	100396	21275	122171	0	122171	1946	14010	7136	114	145378
Maladie	83737	17884	101621	0	101621	1704	13019	1817	114	118275
Invalidité	12109	1935	14044	0	14044	57	954	5319	0	20374
Accident du travail	5051	1456	6506	0	6506	185	37	0	0	6729
<b>VEILLESSE SURVIE</b>	60858	114053	174911	8	174919	100	4358	4218	0	183596
Vieillesse	57603	96133	153736	0	153736	100	2129	3212	0	159177
Survie	3255	17921	21176	8	21183	0	2229	1006	0	24418
<b>MATERNITE FAMILLE</b>	29238	313	29551	0	29551	3216	194	9243	76	42279
Maternité	5017	270	5287	0	5287	0	41	0	0	5328
Famille	24221	43	24264	0	24264	3216	153	9243	76	36951
<b>EMPLOI</b>	0	665	665	18511	19177	3393	0	5151	0	27721
Chômage	0	665	665	17077	17743	3393	0	4117	0	25253
Insertion et Réinsertion professionnelle	0	0	0	1434	1434	0	0	1033	0	2468
<b>LOGEMENT</b>	3034	143	3177	0	3177	0	0	9635	0	12812
<b>PAUVRETE EXCLUSION SOCIALE</b>	0	0	0	0	0	0	0	4676	1038	5714
<b>TOTAL DES PRESTATIONS</b>	194026	136450	330476	18519	348995	8656	18562	40059	1228	417500