

POLITIQUE DE SANTÉ

ANALYSE ET PROPOSITIONS DE LA CFDT

SOMMAIRE

Préambule	2
Nouveaux éléments de contexte	3
Bilan de nos engagements	10
Le financement de nos dépenses de santé	11
Conclusion : nos enjeux essentiels	13
Annexe	14

PRÉAMBULE

La cohésion sociale constitue l'un des enjeux majeurs auquel doit répondre le système de soin, en reposant sur les piliers que sont la solidarité, l'égalité et l'universalité. Pour la CFDT, rendre effectif l'accès à la santé pour tous est une nécessité. Cela suppose d'affirmer la sécurité sociale comme socle essentiel de la solidarité. Celui-ci doit être complété par une généralisation effective de la complémentaire santé pour tous, dans la voie ouverte par l'ANI du 11 janvier 2013, les complémentaires étant devenues une des conditions de l'accès aux soins. Le système de santé doit, par ailleurs, être amélioré pour gagner en efficacité et « dépenser mieux », notamment pour assurer le développement d'une politique de prévention et résorber les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé.

Les partenaires sociaux jouent un rôle fondamental dans la mise en place des garanties complémentaires et la CFDT agit avec les objectifs définis ci-dessous.

- **Poursuivre l'organisation du système de soins** pour le rendre plus efficient et plus juste.
- **Promouvoir la solidarité du point de vue du financement** en négociant des cotisations d'assurance proportionnelles au salaire pour créer de la redistribution entre les salariés.
- **Ouvrir une nouvelle négociation interprofessionnelle sur la complémentaire santé.**
- **Rendre les contrats collectifs obligatoires pour toutes les entreprises** par une négociation interprofessionnelle (santé et prévoyance), les établissements et administrations des fonctions publiques.
- **Renforcer les dispositions du cahier des charges des contrats responsables** pour y expliciter un ensemble de soins communs et de bon niveau de prise en charge.
- **Rendre indépendante de la situation d'emploi l'acquisition de la complémentaire santé.** Il s'agirait de rendre obligatoire une complémentaire-santé qui couvrirait un panier de soins minimum prédéfini. La souscription pourrait être solvabilisée par la création d'un fonds mutualisé composé des financements refondus de la CMU-C, de l'ACS et d'une partie du financement des contrats collectifs obligatoires. Ce fonds, abondé par l'Etat, serait destiné à aider les personnes qui ne sont pas dans l'emploi (chômeurs, retraités, inactifs) à acquérir une complémentaire santé, en fonction de leur revenu.
- **Réguler notre système par une coordination qui n'existe pas aujourd'hui entre Assurance maladie obligatoire et l'Assurance maladie complémentaire,** en particulier pour limiter le reste à charge des patients, face aux dépassements d'honoraires et aux tarifs injustifiés de certains soins et biens médicaux.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS DE CONTEXTE¹

- L'ANI du 11 janvier 2013, traduit dans la loi de sécurisation de l'emploi, instaure la complémentaire santé obligatoire dans toutes les entreprises du secteur privé.
- La stratégie nationale de santé² va se déployer dès la publication du projet de loi de Modernisation de la santé. Encore en discussion parlementaire, ce projet ouvre des pistes pour une meilleure organisation des soins sur les territoires, et renforce la territorialisation de l'organisation des soins.
- La montée d'un malaise généralisé des opérateurs de notre système de soins quoiqu'empruntant des formes diverses, révèle un système au bord de l'explosion : dégradation des conditions de travail dans les hôpitaux et les établissements du secteur médico-social ou des secteurs de l'aide à domicile, malaise des professions de santé libérales qui craignent de perdre leur indépendance professionnelle.
- L'arrivée du numérique, de la e-santé, mais aussi l'uberisation, bouleversent les pratiques et les acteurs.
- Le financement des dépenses de santé reste toujours sur la sellette.

L'ANI DU 11 JANVIER 2013, TRADUIT DANS LA LOI DE SÉCURISATION DE L'EMPLOI, INSTAURE LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE DANS TOUTES LES ENTREPRISES DU SECTEUR PRIVÉ

Les branches et les entreprises continuent les négociations pour une application au 1^{er} janvier 2016³. Il est probable que nous approcherons une centaine d'accords de branches, et de nombreux salariés peuvent désormais être couverts par des contrats collectifs (Notre bilan, début septembre, faisait déjà apparaître des négociations dans 49 branches couvrant, au minimum, 4 124 381 salariés dont 2 353 630 qui n'étaient pas couverts par un accord collectif). La priorité est toujours à inciter les équipes à prendre en charge le dossier, et à valoriser le progrès social pour les salariés. La difficulté est encore de faire vivre la solidarité notamment pour les PME-TPE et les salariés précaires.

1 Un état des lieux synthétique de notre système de santé en forces-faiblesses est proposé en annexes

2 Stratégie Nationale de Santé : feuille de route pour 5 ans du gouvernement

3 Un tableau de suivi des accords est disponible auprès du service Protection Sociale et la circulaire du N° 4 du 20/1/2015 décrit les éléments de mise en œuvre et d'accompagnement.

Pour autant, la généralisation de la complémentaire santé a été un choc pour le secteur. Un rapport dit « Libault », commandé par le Gouvernement, dresse une analyse et nous convient dans la majorité de ses recommandations car très pragmatique.

Il s'est penché sur toutes les situations particulières pour vérifier les impacts, améliorer le déploiement. Il propose pour certains secteurs d'activités (ex : intermittents du spectacle, particuliers employeurs..) :

- l'autorisation encadrée de la désignation d'un seul assureur,
- la création d'un fonds unique pour les salariés multi branches ou pour des branches qui n'ont pas prévu de dispositif adéquat, avec la mise en place d'un chèque santé pour éviter « des trous de couverture ».

L'étude des décisions du Conseil Constitutionnel ainsi que celles de la Cour de Justice européenne l'amène à proposer la création de « Conventions collectives de Sécurité sociale » pour développer les droits non contributifs dans les accords de branche. Des décrets sont en cours d'écriture par le gouvernement pour tenir compte des propositions du rapport Libault.

Néanmoins, le rapport met en évidence un fonctionnement du marché de la complémentaire santé qui a exacerbé les tensions concurrentielles. Les salariés nouvellement couverts par des contrats collectifs ont ainsi pu profiter d'une baisse des coûts de leur couverture, mais nous sommes interrogatifs sur l'évolution de la structure des coûts. L'analyse des coûts met en évidence une hausse non négligeable, des coûts dits d'acquisition⁴ pour lesquels des enquêtes complémentaires sont menées.

Ces dispositifs donnent des marges de manœuvre et de protection pour les salariés et les équipes. Il est d'autant plus indispensable que les branches innovent pour assurer une forte solidarité, par le renforcement des dispositions sur l'action sociale, la prévention, les droits non contributifs. Elles doivent exiger des organismes assureurs une transparence dans la gestion et des services adaptés au secteur d'activité. Le Bureau national est appelé à s'exprimer sur les pratiques syndicales à mettre en œuvre pour concrétiser ces dispositifs et valoriser les acquis.

LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ RENFORCE LA TERRITORIALISATION DE L'ORGANISATION DES SOINS

La loi HPST a mis en place les Agences régionales de santé, en tant qu'opérateur de premier plan sur l'organisation des soins. Le Plan régional de santé (PRS) qu'elles arrêtent sur le territoire régional, couvre aussi bien la prévention que l'organisation des soins, le financement et la répartition des activités hospitalières ou médico-sociales. C'est effectivement, comme la CFDT l'avait souligné, l'échelon pertinent pour concevoir la meilleure adéquation de l'offre de santé aux besoins de la population.

Pour rappel, une violente contestation s'est organisée autour des syndicats médicaux, qui ont conduit les pouvoirs publics à faire marche arrière sur une disposition visant à rééquilibrer l'offre de médecine de ville, des zones où celle-ci est particulièrement élevée, vers les zones défavorisées du point de vue de la densité médicale.

⁴ Coûts incluant les démarches commerciales, la publicité...

Aujourd'hui encore, les ARS sont perçues comme des menaces pour la médecine libérale et comme des artisans de l'étatisation de la santé.

La CFDT doit affirmer l'importance des ARS dans la régulation du système de soins, réclamer l'adéquation des moyens impartis notamment après la réforme territoriale pour garantir les services de santé. Une stratégie syndicale autour de la démocratie sanitaire doit se construire autour de nos Unions régionales et en lien avec les fédérations concernées pour que les PRS deviennent des outils opérationnels décrivant clairement les stratégies et priorités locales, et embarquent un volet social qui en garantisse la faisabilité, la qualité de la transition.

Le projet de loi de modernisation de la Santé comme le PLFSS 2016 renforce la territorialisation de l'organisation des soins. Il rencontre la même opposition des professionnels libéraux bien que, le texte initial ait déjà subi de nombreuses modifications. Rappelons qu'en début d'année 2015, le gouvernement a dû inscrire dans le projet de loi santé le principe de liberté d'installation des médecins.

Voici quelques axes essentiels à prendre en compte concernant ces projets :

TERRITORIALISATION DE L'OFFRE DE SOINS, EN PÉRIODE DE RÉFORME TERRITORIALE

Les ARS se voient confier, par le projet de loi, une compétence générale pour faire évoluer l'organisation des soins, dans le cadre de la région et dans les différents territoires qu'elle est chargée de délimiter. C'est l'objet du plan régional de santé que d'identifier des axes d'évolutions opérationnelles qui peuvent concerner aussi bien la prévention que l'accès aux soins, les relations entre la médecine de ville et l'hôpital ou les établissements médico sociaux.

Les moyens d'action sont cependant limités en direction des soins de ville. Le projet de loi reprend les dispositions incitatives qui existent déjà pour favoriser l'installation de praticiens ou de maisons de santé pluridisciplinaires dans les zones en voie de désertification médicale. Néanmoins, comme à la suite de la loi HPST, le projet de loi a dû renoncer à tout ce qui pouvait ressembler à des mises en cause de la liberté d'installation de médecins ou de création d'un « service territorial de santé » sous l'égide des ARS, accusées de préfigurer une « étatisation de la santé » et la fin de la médecine libérale.

TIERS PAYANT

Le projet de loi pose le principe de la généralisation du tiers payant en médecine de ville. Il s'agit donc de la dispense d'avance des frais pour les soins courants, à la fois pour la partie du coût des soins de ville relevant de l'assurance maladie, et pour la partie du coût relevant le cas échéant d'une couverture complémentaire santé.

Cette disposition est, au sein du projet de loi de modernisation de la santé, celle qui suscite encore aujourd'hui, le plus de résistance au sein du corps médical. En cause, pour beaucoup, la complexité administrative pour les médecins. Ils n'auraient pas tous un secrétariat médical, en capacité de rapprocher pour chaque patient et chaque acte, le règlement de la part obligatoire et de la part complémentaire.

Signalons que par ailleurs, le tiers payant en médecine de ville peut rendre perceptible et sensible pour le patient, la question du règlement direct des dépassements d'honoraires.

Le gouvernement s'est donc engagé à une montée en charge du tiers payant par étapes et degrés de dif-

ficultés pratiques : les bénéficiaires de l'ACS à partir du 1/7/2015, les patients en ALD pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale, au 1/7/2016, puis les autres assurés sociaux avant la fin de l'année 2017. D'ici là, l'assurance maladie et les trois familles de complémentaires santé devront trouver avant la fin de l'année 2015, des procédures d'échanges de données pour procéder au paiement des professionnels, sous sept jours et par un unique flux de paiement.

La CFDT s'est engagée clairement en faveur du tiers payant, et son impact en matière de meilleur recours au droit. Il comporte aussi le fort avantage de masquer la solvabilité des patients, et donc banalise les patients CMU, victimes de fortes discriminations. Une attention devra être portée à l'efficacité de la solution technique.

AXE DE PRÉVENTION

La prévention⁵ fait l'objet d'un titre du projet de loi avec des dispositions de portées diverses qui visent à renforcer l'éducation et la promotion de la santé dès l'école. C'est bien sûr fondamental pour un bon apprentissage des comportements favorables à la santé, mais peut laisser néanmoins un peu sceptique quant aux conditions de sa réalisation : aucune disposition financière notamment n'est associée au projet de loi.

D'autres dispositions visent par ailleurs, le dépistage des maladies transmissibles dans des centres spécialisés garantissant gratuité et anonymat, l'accès à la contraception d'urgence pour les jeunes mineures.

La CFDT soutient fortement cet axe, et veut peser pour attribuer un financement clair. Il n'est pas à ce jour prévu par le projet de loi.

VIRAGE AMBULATOIRE

L'expression de « virage ambulatoire » a beaucoup été utilisée dans la communication de la Ministre Marisol Touraine, sur le projet de loi. La formule, importée du Québec, évoque une meilleure organisation des soins de premier recours auprès du domicile des patients, autour du médecin traitant. Il est posé en garant de la continuité des soins et des actions de prévention adaptées aux besoins, chargé d'orienter le patient, autant que de besoin vers d'autres professionnels plus spécialisés ou si besoin vers l'hôpital.

L'hôpital conserve bien sûr sa fonction de recours. Néanmoins, sa vocation ne doit pas être le lieu de convergence de tous les besoins, qui ne trouvent pas de réponse plus adaptée dans le système de santé : on pense à l'engorgement des urgences hospitalières ou à nombre d'hospitalisation de personnes âgées.

Ce dernier est par ailleurs amené à développer, plus qu'aujourd'hui les passerelles avec la médecine de ville, et s'assurer de la continuité de la prise en charge des patients, tout au long de leur parcours après une hospitalisation.

Il est à noter que le virage ambulatoire, est posé comme une réalité lorsqu'on décide des financements hospitaliers, mais ne se concrétise pas en médecine de ville, ce qui crée des tensions insupportables pour le secteur.

En matière d'organisation des soins de proximité, il faut préciser que le projet de loi prévoit des « outils ». Il évoque bien des « équipes de soins primaires », des « communautés professionnelles de territoire » mais il ne règle nullement les questions de paiement des professionnels pour le temps consacré à assurer une meilleure coordination des soins, ni les règles d'échanges et de retour d'information vers le médecin traitant.

⁵ Cf annexe sur l'état des lieux : la prévention est à ce jour en France très faible.

Pour la CFDT, les ARS doivent être au cœur de l'animation et de la régulation des communautés professionnelles comme des territoires de santé. Elles doivent notamment inciter à la création de telles communautés lorsqu'elles ne s'organisent pas spontanément. Au-delà, c'est bien le service public territorial de santé que défend la CFDT, qui doit prendre à bras le corps la question des « déserts médicaux ».

PUMA (PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE)

Le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016 vient garantir, quinze ans après la loi instaurant la couverture maladie universelle, la continuité des droits des bénéficiaires de l'assurance maladie pour un meilleur accès aux soins et au tiers payant. En effet, compte tenu de la diversité des parcours de vie (séparations familiales, alternance de phases d'emploi et de non emploi, difficultés d'insertion pour les jeunes), les conditions d'ouverture de droit à l'assurance maladie peuvent varier et susciter des difficultés administratives ou des périodes de rupture de droit, alors même que, théoriquement le droit à l'assurance maladie est ouvert à tous.

Désormais, deux critères d'affiliation à l'assurance maladie seront pris en compte :

- L'activité professionnelle, sans conditions de durée, détermine le rattachement à un régime donné (leur architecture distincte n'étant pas remise en cause par ce texte) pour les actifs et les retraités.
- Un critère de résidence stable et régulière sur le territoire, au moins 6 mois dans l'année.

La notion d'ayant droit ne subsiste que pour les mineurs rattachés à leurs parents ; avec la possibilité pour les mineurs de plus de 16 ans de demander à être gérés de façon autonome en tant qu'assurés. Les actuels ayants droit majeurs, deviendront assurés en propre, selon des règles d'affiliation qui seront précisées ultérieurement, soit dans le régime où ils se trouvaient de par leur activité antérieure, ou le régime éventuel de leur conjoint.

Il s'agit donc d'une avancée et une simplification administrative et sociale majeure, qui vise à éviter les situations de rupture de droit, frein à l'accès aux soins. Elle porte aussi le potentiel d'une portabilité des droits inter-régimes et leur continuité.

LA MONTÉE D'UN MALAISE GÉNÉRALISÉ PARMIS LES OPÉRATEURS ET PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Le secteur de la santé vit au rythme de conflits à répétitions. Les professionnels de la santé, à l'hôpital comme en ville expriment un malaise profond, qui indique en profondeur la perception d'un écart entre les missions et les moyens alloués :

- Inquiétude pour leur indépendance pour les professionnels en ville,
- dégradation des conditions de travail dans le secteur de la santé. Dans les établissements de santé, les hôpitaux, les EHPAD⁶, mais aussi dans certains services à domicile.

Il ne s'agit pas d'amalgamer des problématiques qui n'ont en commun que l'expression d'une crainte par rapport à la pression des financeurs et des gestionnaires sur leur activité professionnelle. Pour les professionnels libéraux, la peur du changement est réelle. Il est essentiel de redonner du sens et des perspectives d'avenir aux professionnels pour amener deux mondes qui feignent de s'ignorer (l'hôpital et la médecine), à collaborer au service des patients et à créer des passerelles entre leurs métiers dans un souci de continuité des soins et de l'intérêt général.

6

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personne âgée dépendante

Le modèle de l'exercice isolé de la médecine semble à bout de souffle. Les aspirations des jeunes médecins évoluent pour souhaiter un modèle d'exercice plus coopératif, plus ouverts à d'autres professionnels mais aussi plus en phase avec les besoins d'aujourd'hui. Les contours d'une meilleure organisation des soins de proximité (le premier étage du recours aux soins autour du domicile des patients) se dessinent :

- avec des équipes de soins primaires autour du médecin généraliste,
- des structures d'appui pour aider les médecins dans la gestion des cas complexes, où il faut organiser le parcours des patients,
- des professionnel(les) de santé en capacité et en droit d'exercer des pratiques avancées et des délégations de tâches,
- des communautés professionnelles de territoire : qui organisent, sur certaines pathologies ou affections, des complémentarités organisées avec des médecins spécialistes si besoin ou des structures hospitalières.

L'hôpital reste à repenser dans sa complémentarité avec la ville, dès lors que les soins y seront mieux organisés. Il ne doit pas rester le refuge de tout ce qui ne trouve pas de solutions mieux adaptées (exemple : les urgences). Ses moyens d'action doivent continuer à se diversifier, pour répondre aux besoins des patients : hospitalisation de jour, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile... Mais aussi être plus ouverts sur des collaborations hôpital/ville pour garantir la continuité des soins avant ou après séjour à l'hôpital.

Cette recomposition en devenir de l'offre de soins devrait donner un rôle essentiel aux ARS, en tant que chef d'orchestre. Mais il faut souligner que les outils et leviers de financement n'existent pas vraiment, et donc leurs capacités d'initiative ou d'accompagnement trouvent rapidement leurs limites (les fonds d'investissement régionaux).

Les ARS sont aussi un lieu à investir pour la démocratie sociale. C'est bien à ce niveau que le diagnostic partagé sur l'organisation actuelle de l'offre de soins peut être posé. Ceci afin de mettre en perspective les évolutions qui sont au cœur des futurs plans régionaux de santé.

Pour autant la question d'une tarification non adaptée, du sous financement, et d'une organisation contestable dans certains établissements de santé n'est toujours pas pris en compte, et c'est bien le modèle économique de la filière de la santé qu'il faut repenser, consolider et accompagner syndicalement.

ARRIVÉE DU NUMÉRIQUE, DE LA E-SANTÉ, MAIS AUSSI DE L'UBÉRISATION

Le numérique transforme le secteur de la santé à plus d'un titre : de nouvelles techniques bouleversent les actes de soins (télé-opération, e-accompagnement) et de nouveaux matériaux ou processus révolutionnent l'industrie du soin, de la production du médicament et de l'appareillage (impression 3D et individualisation des prothèses...).

Au niveau technique, la robotisation et la numérisation sont en cours (analyse automatisée de sang, nouveaux robots, progrès dans la modélisation et l'imagerie médicale, algorithmes permettant de repérer des anomalies non repérables par l'œil humain à la lecture d'un graphe ou d'une radio, etc.).

L'organisation du travail des professionnels est fortement impactée et reste à construire autour du parcours du patient avec de nouveaux métiers en émergence (coordination, accompagnement...).

Enfin, le dossier médical numérique peut renforcer la cohérence d'un parcours du patient, et la prévention. Le Big data devrait permettre de faire progresser beaucoup la médecine en allant vers sa personnalisation (traitement en fonction des interactions possibles avec des facteurs aujourd'hui non traités).

Ainsi, **la maîtrise des données devient un enjeu** de la prévention, de l'optimisation des systèmes de soins et de la déontologie. Elle bouleverse les rapports entre acteurs. **La détention ou l'accès aux données devient même l'atout déterminant dans l'équilibre des forces entre les acteurs :**

- Aujourd'hui, dans le **rapport Complémentaires/Professionnels de santé**, les complémentaires-santé sont des payeurs aveugles, l'instruction des dossiers se faisant dans les CPAM ; si demain, après le tiers-payant, elles sont au cœur de la relation avec les médecins, c'est par elles que la régulation de la dynamique des dépenses de l'assurance maladie pourrait passer (contractualisation avec les professionnels de santé) avec un risque de bascule progressive vers un système allemand d'assurances en concurrence les unes avec les autres, transformant provisoirement la CNAM en caisse de refinancement des assureurs pour une fraction des dépenses et de régulateur (péréquation entre assureurs selon le profil de risques des patients effectivement assurés).
- De même, **les rapports assurés sociaux/complémentaires** sont bouleversés par une possible sélection du risque bien plus fine, portant une potentielle atteinte à la solidarité en agrégeant des données multi-dimensionnelles.
- **D'autres acteurs du numérique interviennent autour du patient.** Ainsi, Apple a déjà lancé une application de collecte d'informations de santé qui enregistre par défaut le nombre de pas, d'autres plateformes peuvent naître qui proposeront de façon volontaire de partager ses données de santé, en échange de services gratuits (pré-diagnostic, alerte prise de médicament sur le téléphone, conseils et prévention, etc.) mais acquerront rapidement une masse de données exploitées à des fins commerciales (vente de la base aux laboratoires pharmaceutiques, vente aux assureurs pour mieux calculer les risques associés à un individu, publicité ciblée en fonction des profils, etc.) voire à la puissance publique en cas d'échec du dossier médical unique.
- L'accès à l'information (avérée ou non) **transforme la relation patient/soignant**, dans son rapport au soin, au traitement, à l'évaluation des actes, des personnes ou des établissements. Elle est démultipliée par l'existence de sites d'information (parfois publics, parfois non - comme Doctissimo) qui permettent un autodiagnostic, un partage d'informations. Cela peut être développé pour renforcer l'autonomie des patients.

La CFDT doit désormais s'impliquer dans la gouvernance des données de santé, leur protection et leur ouverture. Et agir pour transformer les potentiels du numérique en amélioration du parcours de soins et de traitement du patient. Il importe donc aussi de réfléchir aux tiers de confiance nécessaires pour assurer le bon usage des données, voire imposer des servitudes sur les bases de données privées présentant un intérêt pour développer des services publics. L'émergence d'un portail de suivi et de conseil de chaque usager du système de santé, rassemblant ses données doit être considéré comme un enjeu majeur d'intérêt général.

BILAN DE NOS ENGAGEMENTS

Le contenu de l'ANI du 11 janvier 2013 et sa traduction dans la loi de modernisation de l'emploi répond fortement aux engagements que nous avons rappelés en introduction. Au-delà des nouveaux éléments de contexte mentionnés, trois axes sont pourtant à renforcer :

- poursuivre l'organisation du système de soins pour le rendre plus efficient et plus juste. Le rôle de nos mandats et de nos territoires est à renforcer pour une action syndicale en lien avec notre stratégie ;
- rendre indépendante de la situation d'emploi l'acquisition de la complémentaire santé. Il s'agirait de rendre obligatoire une complémentaire-santé qui couvrirait un panier de soins minimum prédéfini. La souscription pourrait être solvabilisée par la création d'un fonds mutualisé composé des financements refondus de la CMU-C, de l'ACS et d'une partie du financement des contrats collectifs obligatoires. Ce fonds, abondé par l'Etat, serait destiné à aider les personnes qui ne sont pas dans l'emploi (chômeurs, retraités, inactifs) à acquérir une complémentaire santé, en fonction de leur revenu ;
- La régulation du système Assurance maladie obligatoire, Complémentaires (AMO /AMC) que nous allons détailler.

Il existe une tendance forte, mais peu débattue, à déporter sur les complémentaires santé, la prise en charge des soins courants. La Sécurité sociale, concentrant ses interventions sur les soins les plus coûteux (les Affections de longue durée qui concernent 15 % de la population), ce que nous avons interrogé car nous y voyons des germes de démutualisation.

Faut-il en rester dans une logique de co-paiement des soins (AMO+AMC) où les régimes obligatoires et complémentaires se partagent la prise en charge d'un unique panier de soins remboursables. Ou débattre, comme dans d'autres pays, pour mieux clarifier les rôles et dissocier un panier de soins pris en charge à 100 % par le régime obligatoire, d'un panier de soins complémentaire en leur laissant le soin de maîtriser les coûts et optimiser la qualité des prestations fournies.

Un tel débat pose la question des réseaux de soins. En 2012, la CFDT envisageait une régulation conjointe AMO/AMC pour maîtriser à la fois les coûts et la qualité dans une stratégie concertée qui réunit sur le long terme AMO et AMC, en particulier sur des secteurs peu ou mal pris en charge par l'assurance maladie : le dentaire, l'optique, l'audioprothèse, ou des secteurs en devenir comme la prévention.

Elle pourrait ainsi trouver à se concrétiser sur la régulation des dépassements d'honoraires médicaux, et globalement sur la maîtrise des dérives inflationnistes ou non justifiées des dépenses. Cette régulation, pour être légitime et responsable, suppose que les éléments de garantie, quant à la prise en charge de l'intérêt général, soient déterminés et pérennes. L'instabilité du secteur en période de concurrence accrue et de lutte pour des parts de marché en fait une condition déterminante.

LE FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ

Partout dans le monde, la dépense de santé augmente par rapport au PIB, ce n'est pas propre à la France. En 2013, elle atteint 10,9% du PIB, un peu moins qu'en Allemagne (11%) ou les Pays-Bas (11,1%), beaucoup moins qu'aux Etats-Unis (16,4%).

Entre 2000 et 2013, sous l'effet du progrès médical et de l'augmentation de l'espérance de vie, la progression de la dépense de santé est partout importante : 1,8 point de PIB dans l'Union européenne avec des hausses très marquées aux Pays-Bas (4,1 pts), en Suède (3,6 pts) et supérieures à 2 pts dans de nombreux pays. Les augmentations observées en Allemagne et en Italie (1,2 pt) et en France (1,4 pt) témoignent des efforts accomplis en termes de maîtrise des dépenses.

Enfin, contrairement à une idée reçue, la France ne se distingue pas par un poids particulièrement élevé de prise en charge publique de la dépense de santé. Elle s'élève à 78,5%, au même niveau que la moyenne européenne (78,2%), un peu au-dessus du taux allemand (75,5%) mais très en-dessous du taux observé aux Pays-Bas (87%), au Royaume-Uni (86,5%) et en Suède (84,5%). Pour mémoire, ce même taux n'est que de 48,5% aux Etats-Unis.

Si on ne s'en réfère qu'à l'Allemagne, comparaison devenue obligée dans les débats sur les finances publiques, on constate qu'avec la France, les deux pays ont une dépense de santé, un taux de progression depuis 2000 et un poids du financement public quasiment identiques. Dans le cas de l'Allemagne, les comptes sont équilibrés ; s'agissant de la France, non, et il s'en faut de beaucoup.

Le déficit de l'assurance maladie obligatoire française est une constante depuis plusieurs décennies. À tel point que les rares périodes où elle a renoué avec l'équilibre sont à considérer comme des accidents de l'histoire, dus à un taux exceptionnel de la croissance économique et de la masse salariale qui ont généré des rentrées de cotisations sociales et de CSG supérieures aux prévisions. Ce fut le cas de 1998 à 2000 avec un taux de croissance moyen de plus de 3,5%.

En dehors de ces quelques périodes fastes, le budget de l'assurance maladie est systématiquement voté en déficit. Un déficit qui alourdit chaque année le poids de la dette détenue par la CADES. On observera, au passage, que le déficit moyen calculé sur plusieurs années reste inférieur au produit annuel de la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) (environ 6 Mds€). Autrement dit, les financements recueillis en flux équilibrent le flux des dépenses de santé, ou encore, si la France s'était montrée aussi exigeante par le passé que l'Allemagne pour équilibrer recettes et dépenses des régimes sociaux, les ménages et les entreprises fourniraient en 2015 suffisamment de ressources en cotisations, CSG et CRDS pour faire face aux dépenses de l'Assurance maladie.

Sans procès d'intention, le déficit contribue, d'une part, à exercer une pression à la baisse sur les dépenses, d'autre part à produire une sorte de brouillage qui pousse à faire croire que l'ampleur du déficit public (85 Mds€ en 2014) est principalement dû à la Sécurité Sociale (8 Mds€) et faire oublier les 75 Mds€ du déficit de l'Etat.

Ce qui est certain en revanche, c'est que les débats sur le sujet occultent souvent des questions pourtant fondamentales :

- Inéluctablement, et malgré les efforts d'efficience recherchés et obtenus, la dépense de santé ne peut qu'augmenter sous l'effet de la prévention, du progrès médical et de l'espérance de vie. Ne serait-ce que parce qu'on guérit aujourd'hui au cours de sa vie de plusieurs maladies dont une seule entraînait la mort il y a quelques années. **Sommes-nous prêts à payer plus pour y faire face ?**
- **Quelle part de la dépense de santé sommes-nous prêts à financer solidairement** au travers de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), sachant que plus elle est faible, plus le nombre de personnes renonçant ou différant des soins nécessaires voire indispensables est élevé ?

De plus ou moins bon gré, les Français répondent plutôt oui à la première question en acceptant des hausses de cotisations aux organismes complémentaires malgré des prestations qui sont, elles, plutôt en baisse.

À la seconde, ils ne répondent pas parce que la question ne leur est pas posée. Comme si toute hausse de CSG par exemple était inconcevable. En fait en agitant continuellement le spectre d'un niveau de prélèvements obligatoires quasi-confiscatoire, les gouvernements, de droite comme de gauche, tranchent le débat à leur place. Précisons au passage qu'aucune règle européenne ne fixe de plafond au niveau de la dépense publique et des prélèvements obligatoires, par ailleurs très difficilement comparables compte tenu des conventions qui entourent leur définition. **Les contraintes concernent le niveau du déficit et de la dette publics**, respectivement 3 et 60 % du PIB.

Pour la CFDT, il est plus que temps que soit tenu aux français un langage de vérité sur ces deux problématiques et **qu'on ose aborder la question d'une hausse des ressources pour la santé notamment au travers d'une augmentation de la CSG**. Cela suppose assurément beaucoup de pédagogie et de débats d'éducation populaire transparents pour que les citoyens se réapproprient les enjeux et orientent les choix essentiels en toute connaissance de cause. **La reconnaissance du secteur de la santé en tant que richesse nationale comme nous y invite la résolution participe de cette stratégie**. Le statu quo maintiendrait les salariés du secteur dans l'effet de ciseau produit par le sous financement et les attentes sociales en hausse. Cela suppose enfin des exigences fortes de responsabilité sur les dépenses engagées, sur l'organisation, sur l'efficience.

Il est nécessaire de reposer les termes d'un débat public couvrant la stratégie de santé, pour recueillir le consentement national en matière de priorités et de financement des dépenses de santé. Le Bureau national est invité à s'exprimer sur la stratégie syndicale à mettre en œuvre.

Au-delà de ce débat de fond, le processus d'adoption du PLFSS doit s'enrichir d'un temps d'appropriation et de validation des choix, qui mette les citoyens au cœur du consentement à l'effort de solidarité nécessaire. C'est indispensable pour notre santé, c'est indispensable pour les professionnels.

CONCLUSION : NOS ENJEUX ESSENTIELS

L'approche de la santé de la CFDT repose sur des ambitions fortes en matière de qualité de la vie et qualité des parcours de vie, que l'on soit ou non en bonne santé, que l'on soit **proche aidant** d'un patient ou d'une personne en perte d'autonomie.

Cela suppose d'agir pour la qualité des soins, leur accessibilité financière, territoriale, ou liée au progrès technique qu'il soit **un progrès d'ordre curatif, préventif ou de confort de vie**⁷, dès lors que l'on parle de qualité de vie. Cela suppose également de s'investir fortement en ce qui concerne la prise en compte syndicale des proches aidants.

Cela demande d'agir bien sûr pour s'inscrire dans la prévention dans et hors travail. Nous devons renforcer également nos actions contre les inégalités sociales déjà notées en 2008 et 2012 mais que nous voyons perdurer, s'amplifier en matière de longévité⁸, parfois de non recours sur les populations éloignées de l'emploi salarié.

Cela suppose enfin de garantir la pérennité du système et le consentement à un financement à la hauteur de nos ambitions et de protection sociale qu'il faut mobiliser pour chacun.

7 Exemple des nouveaux traitements contre l'asthme, le diabète, l'hépatite C..., des nouvelles prothèses ou équipements liés à la perte d'autonomie, fauteuils...

8 Les gains en matière d'espérance de vie sont corrélés aux catégories socio-professionnelles.

ANNEXE

ÉTAT DES LIEUX RAPIDE DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ SUR LA BASE DE COMPARAISONS INTERNATIONALES

Au niveau international, nous pouvons constater qu'aucun modèle ne l'emporte indiscutablement sur les autres, ni ne fait la preuve de sa supériorité :

Tous les systèmes sont confrontés à des objectifs ou des enjeux comparables : d'amélioration de la qualité des soins, d'équité, d'efficacité et de maîtrise des dépenses,

Partout les dépenses de santé progressent dans la richesse nationale, ce n'est pas propre à la France.

On peut en tirer néanmoins des enseignements pour évaluer les points forts et les points faibles de notre système de santé.

LES POINTS FORTS DE NOTRE SYSTÈME

DES PERFORMANCES SANITAIRES PLUTÔT BONNES

Les indicateurs de santé généralement utilisés font ressortir des résultats favorables, là où les performances techniques du système de soins proprement dit permettent d'obtenir des résultats tangibles, avec des effets sur l'espérance de vie ou les reculs de la mortalité liés à certaines affections. C'est le cas pour l'espérance de vie après 65 ans où la France joue au premier rang des pays de l'OCDE ou de l'Union Européenne. C'est le cas aussi pour évaluer les reculs de la mortalité due aux affections cardiovasculaires, le traitement du VIH.

Là où la performance médicale peut faire la différence, la France obtient des résultats très favorables qui se traduisent par des scores élevés pour « la mortalité évitable par des interventions médicales ».

Sans doute peut-on inclure dans ces résultats favorables, la diffusion d'innovations thérapeutiques (par exemple pour le traitement de l'hépatite C dans la période récente) n'a pas fait l'objet de restrictions comme cela pu être le cas dans d'autres pays comparables, plus circonspects au regard de son coût social et économique.

Les résultats français sont moins convaincants, là où l'efficacité thérapeutique ou les traitements médicaux sont moins assurés : la réduction des comportements à risque (tabac, alcool, addictions diverses, suicide) peine à progresser et contribue à des taux de mortalité avant 65 ans relativement élevés par rapport aux pays comparables. La prévalence des cancers est plutôt élevée et la fréquence des accidents du travail se situe dans la moyenne haute en Europe, comme, le taux de suicide.

UNE COUVERTURE SOCIALE DES DÉPENSES DE SANTÉ, QUI A PERMIS UNE LARGE DIFFUSION DU PROGRÈS MÉDICAL ET DES INNOVATIONS THÉRAPEUTIQUES

En longue période, la couverture sociale des dépenses de santé a accompagné le développement de l'offre de soins, dont elle a assuré la solvabilisation : en 1950, la couverture sociale par l'assurance maladie de la consommation médicale n'était que de 50 % (selon les comptes de la santé 2014) pour un montant qui ne représentait que 2,6 % du PIB, il s'élevait à 80 % en 1980 pour fléchir à 77 % en 2014 une proportion à peu près stable ces dernières années. Cette couverture sociale est désormais devenue universelle. Elle a été associée à des prélèvements obligatoires croissants, s'est traduite par une progression des dépenses totales de santé au sein de la richesse nationale : près de 12 % du PIB aujourd'hui, ce qui traduit une préférence implicite pour la santé plus marquée qu'ailleurs.

Pourtant, et c'est une singularité française, le reste à charge final des ménages sur l'ensemble des dépenses de santé (de l'ordre de 9,5%) payé directement par les ménages, est globalement l'un des plus faibles au monde. C'est le résultat de la diffusion de la couverture complémentaire en matière de santé qui participe au co paiement des dépenses de santé sur un panier de soins remboursable par l'assurance maladie et c'est un cas unique en Europe.

En soulignant néanmoins, l'extrême variabilité en montant de ce reste à charge, dont on ne sait pas précisément, selon la couverture complémentaire des individus comment il est partiellement couvert ou non.

L'extension de la couverture complémentaire, désormais en voie de généralisation est à mettre en relation avec une tendance au désengagement de la Sécurité Sociale sur les soins les plus courants, dans le cadre de différents plans de financement par différents leviers, censés « responsabiliser » les patients, à travers des mécanismes de franchises, augmentations du ticket modérateur... pour contrebalancer le poids croissant des dépenses les plus lourdes : celles des patients en ALD, qui concernent aujourd'hui 15 % de la population. Ce qui fait que la couverture sociale, proposée par la Sécurité Sociale aux patients qui ne sont pas en ALD n'est que de 59,7%.

LA LIBERTÉ DE CIRCULATION DES MALADES DANS LE SYSTÈME DE SOINS

En définitive, ce qui singularise la situation française, comme le souligne Dominique Polton, c'est le fait que *« les usagers peuvent accéder au système de soins par des voies multiples : ils disposent d'une offre de médecine de ville abondante (y compris de médecine spécialisée), mais peuvent aussi consulter à l'hôpital ou dans des centres de santé. Ils choisissent leur médecin mais aussi leur infirmière, leur masseur kinésithérapeute, leur orthophoniste... Toutes ces professions pouvant exercer sur un mode libéral indépendamment les unes des autres. Les autres pays ont en général des modes d'organisation plus structurés : l'accès à la médecine spécialisée se fait souvent à l'hôpital, les structures de soins ambulatoires comportent souvent*

d'autres professionnels aux côtés des médecins ». Les initiatives prises par les pouvoirs publics pour structurer le rôle du « médecin traitant », choisi par le patient, n'ont pas fondamentalement modifié la donne, par rapport au principe de libre circulation et de liberté de choix des patients.

Ce principe de liberté a aussi son revers : en l'absence de « GPS sanitaire », tous les patients n'ont pas une égale disposition à identifier la porte d'entrée correspondant à leur besoin et peuvent avoir un besoin d'accompagnement plus ou moins prononcé.

LES POINTS FAIBLES DE NOTRE SYSTÈME

DES INÉGALITÉS SOCIALES PERSISTANTES

Toutes les catégories sociales ont bénéficié des progrès de l'espérance de vie qui sont la marque des dernières décennies. Néanmoins, malgré l'amélioration des conditions de vie, de l'accès aux soins, les inégalités de santé entre catégories sociales n'ont pas été réduites.

L'ampleur de ces inégalités est très importante en France. Elle se mesure dans la consommation de soins et le recours aux soins : plus de recours aux généralistes ou à l'hôpital chez les plus défavorisés, plus de médecine spécialisée, un recours aux soins plus précoce dans les publics plus favorisés. Les écarts de recours au dépistage des cancers sont particulièrement marqués entre catégories de revenus, alors même que pour certains d'entre eux (cancers du sein, du col de l'utérus), l'accès a été rendu gratuit.

Des écarts s'observent encore face à l'espérance de vie : à 35 ans un cadre peut espérer vivre encore 47 ans, un ouvrier, à peine 41 ans. Des inégalités de mortalité prématurée, que l'on retrouve sur le plan géographique, lorsque l'on compare l'espérance de vie dans le Nord-Pas-de-Calais avec la région parisienne, ou même entre départements de l'Île-de-France, au désavantage de la Seine-Saint-Denis.

LE SOUS-DÉVELOPPEMENT DE LA PRÉVENTION

Notre pays est en retard sur ce plan, qui n'est pas étranger aux inégalités sociales évoquées plus haut. Il faut plus et mieux agir sur les déterminants de santé qui sont à l'origine de la plupart des maladies chroniques : contre le tabagisme, l'abus d'alcool, la nutrition, l'exercice physique.

UNE OFFRE DE SOINS HÉTÉROGÈNE

- Une offre très diverse dont la distribution géographique est hétérogène : d'où des inégalités territoriales,
- Une organisation peu structurée qui devient un handicap, quand la coordination des soins, l'organisation du parcours des patients nécessite la collaboration des professionnels et des structures (hospitalière ou en ville).

LES OUTILS

RETROUVEZ L'ENSEMBLE
DE NOS OUTILS EN LIGNE SUR CFDT.FR
DANS LA RUBRIQUE OUTILS
RÉGULIÈREMENT MISE À JOUR

NOS AUTRES AMBITIONS

- POLITIQUE FAMILIALE:
CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT
- POLITIQUE ÉNERGÉTIQUE:
CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT
- LOGEMENT:
CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT
- FISCALITÉ : RÉHABILITER L'IMPÔT
EN LE RENDANT PLUS JUSTE

- PROTECTION SOCIALE :
CONSOLIDER SON FINANCEMENT
- PERTE D'AUTONOMIE:
L'INTERVENTION EN DIRECTION
DES PERSONNES ÂGÉES
- ÉDUCATION : RÉDUIRE LES
INÉGALITÉS
- SANTÉ : RÉDUIRE LES INÉGALITÉS
D'ACCÈS AUX SOINS
- POLITIQUE INDUSTRIELLE:
CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT

- GOUVERNANCE DES
GRANDES ENTREPRISES:
CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT

Retrouvez
l'ensemble de
nos outils
sur notre site
www.cfdt.fr
rubrique Outils