

# **SANTÉ**

---

RÉDUIRE LES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS

---



## SOMMAIRE

---

Préambule	3
Introduction	4
Un système en mutation	7
Nos objectifs	9
Quelques pistes pour préserver l'universalité et la solidarité ?	10
Annexes	16

# PRÉAMBULE

---

Ce document reprend **les orientations de la CFDT arrêtées par son Bureau national (BN) en juin 2008 et mars 2012**, et précise la nécessité d'une meilleure organisation du système de santé pour un meilleur accès au soin. En particulier, elle décline les orientations de la résolution confédérale du congrès de Tours sur un haut niveau de socialisation des dépenses (Art 1-3-4-3 et 1-3-4-4). Elle spécifie que « *l'accès à la santé doit être garanti pour tous* » et vise donc une prise en charge solidaire de la dépense de santé. Dans la période, les enjeux les plus importants traduisent une menace de rupture du pacte social, de mutualisation du risque et de creusement des inégalités.

Compte tenu des mutations du système de santé et du contexte budgétaire actuel, il nous faut anticiper les changements à venir pour peser non seulement dans les débats, mais aussi pour jouer notre rôle dans la régulation d'une couverture maladie qui tend à reposer de plus en plus sur la condition d'emploi.

Même si les partenaires sociaux ne sont pas les décideurs principaux (pas de négociation et rôle limité dans la gestion paritaire), ils ont un rôle de représentation des salariés contributeurs financiers et usagers, et aussi une mission de mise en œuvre et de suivi.

Les partenaires sociaux ont un rôle de premier plan dans la mise en place de garanties complémentaires, qu'ils soient administrateurs dans les organismes complémentaires de santé (institutions de prévoyance) ou négociateurs des régimes. L'objet de cette note est de préciser notre responsabilité dans la régulation du système de santé.

## INTRODUCTION



### UN CHOIX DE VIE EN SOCIÉTÉ ET DE CRÉATION DE RICHESSE

#### LE SYSTÈME DE SANTÉ EST UN ÉLÉMENT STRUCTURANT DE NOTRE SOCIÉTÉ

D'une part, il fait partie intégrante de notre pacte national et solidaire pour répondre aux besoins de tous contre la maladie. La société a fait le choix fondateur de se prémunir contre le coût des soins à travers un système d'assurance maladie financé collectivement selon les capacités contributives de chacun et accessible quelque soit son niveau de richesse. Les prestations versées au titre de la prise en charge de la santé, publique et privée, représentent aujourd'hui 35% de l'ensemble des prestations de protection sociale, derrière les prestations de retraite qui en représentent 45%.

D'autre part, le système de santé occupe une place importante dans l'économie pour assurer le bon état de santé de la population et impulser d'autres secteurs. Il nourrit la croissance par différents canaux. L'état de santé de la population a un impact sur la participation au marché du travail (le mauvais état de santé entraîne des coûts liés à l'absentéisme, au retrait anticipé du marché du travail par exemple) et sur la productivité (capacités physiques et intellectuelles). Un bon état de santé de la population favorise aussi un cercle vertueux entre l'accroissement de l'espérance de vie et l'investissement dans le capital humain, facteur déterminant de la croissance sur le long terme.

Les secteurs de la santé correspondent à un champ dynamique de l'économie en termes de consommation avec son corollaire en termes de production nationale. C'est un secteur riche en main-d'œuvre, qualifiée et non-qualifiée. Il emploie directement environ 2,5 millions de personnes, soit près de 10% de l'emploi total et contribue à la valeur ajoutée à hauteur de 9,3% (chiffres étudiés pour 2005). Cette contribution au PIB s'explique surtout par l'activité non marchande de la santé et par l'industrie pharmaceutique. Celle-ci occupe le deuxième rang des industries françaises en matière d'investissement en R&D, derrière l'industrie automobile.



### UN SYSTÈME PERFORMANT ?

Le système de santé français est classé parmi les plus performants du monde du point de vue sanitaire comme au niveau de la couverture. À titre d'exemples, on a connu un recul remarquable voire l'éradication de maladies infectieuses, la longévité s'accroît de deux mois en moyenne tous les ans, l'assurance maladie a été étendue à la quasi-totalité de la population, grâce notamment au dispositif de la Couverture Maladie Universelle de base et complémentaire.

Pourtant, ces progrès se sont accompagnés ces dernières années d'une dégradation de l'accès-

sibilité des soins. Et le système de santé connaît des difficultés persistantes à s'adapter aux nouvelles problématiques qui se posent à la population, souvent liées au mode de vie (maladies chroniques, obésité, démences, poly-pathologies...).

## DIVERSES FORMES D'INÉGALITÉS SONT APPARUES ET S'ACCENTUENT AUJOURD'HUI

Les inégalités sociales commencent dès la petite enfance et sont entretenues à travers l'architecture des catégories socioprofessionnelles. A l'âge de 35 ans, les hommes cadres peuvent espérer vivre en moyenne 6,3 ans de plus que les hommes ouvriers, l'écart entre femmes cadres et ouvrières est de 3 ans. Les écarts d'espérance de vie se doublent d'un risque de perte d'autonomie accru pour les ouvriers.

Le phénomène de renoncement aux soins qui se développe révèle l'échec de l'assurance maladie et de l'aménagement territorial de l'offre de soins à permettre de se soigner quel que soit le niveau de richesse et la situation géographique.

Notre responsabilité est de contribuer à lutter contre ces inégalités et à aménager le système de façon à le rendre plus efficace, mais aussi moins coûteux.



## STRUCTURE ET POIDS DES DÉPENSES DE SANTÉ

Le développement économique et social, le progrès technique et médical, la croissance démographique, l'accroissement de la longévité ont des conséquences en matière de prévalence des maladies chroniques et/ou de longue durée. Ces manifestations de la réussite de nos sociétés modernes font **croître les dépenses de santé à un rythme plus soutenu que la richesse nationale.**

**La structure des dépenses de santé s'est profondément modifiée.** Dans les années 1950, la part principale des dépenses servait au versement d'un revenu de remplacement, aujourd'hui les dépenses correspondent pour les trois quarts à des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (pour une large part des soins hospitaliers (81 Mrd), puis des soins de ville (44 Mrd) et des médicaments (34 Mrd).

Les dépenses de santé ont capté une part croissante de la richesse nationale au point de maintenir durablement les régimes d'assurance maladie obligatoire en déficit, depuis 1989. En 2010, la dépense courante de santé (maladie, invalidité, accidents du travail) représente 12,1% du PIB (4% en 1960), elle s'accroît de près de 4% par an au cours de la dernière décennie soit à un rythme plus soutenu que le PIB (voir annexes pour définitions et cadrage chiffré).



## LES PERSPECTIVES

Ces évolutions mettent en lumière deux tendances. L'évolution des prestations du système de santé donne à l'assurance maladie une vocation plus universelle (moins de revenus de remplacement, plus de soins), mais en raison de difficultés de financement, des remboursements sous diverses formes rendent la couverture santé parfois moins accessible. Ces évolutions ont appelé de nouvelles formes de financement et de régulation.

- Désormais, l'assurance maladie obligatoire est financée à parts presque égales entre cotisations sociales, à hauteur de 54 %<sup>1</sup>, et ressources fiscales (CSG et autres impôts et taxes affectées) à hauteur de 46%. Cette adaptation introduite par la CSG en 1990-91 est cohérente et met en lumière des marges de manœuvre en matière d'assiette de financement. Cependant, on peut noter que le désengagement progressif de la Sécurité sociale vers les individus et les complémentaires a renvoyé une partie du financement de la santé vers les entreprises.
- L'universalité de l'assurance maladie a rendu moins pertinente sa gouvernance par les partenaires sociaux fondée sur le principe de gestion par les intéressés. Notre poids dans le pilotage de l'assurance maladie de base a été logiquement fortement réduit.
- Ces évolutions ont aussi conduit à revisiter, avec un succès mitigé, l'organisation du système de soins et les pratiques attachées à une médecine libérale, mais qui peuvent être source de surcoût pour la collectivité. Des dispositions pour limiter le montant des honoraires, pour modifier les pratiques des professionnels de santé touchent à la liberté de fixation des tarifs par les médecins ainsi qu'à la libre prescription et à la libre installation des médecins. Le parcours de soins introduit aussi un encadrement de la libre circulation des patients dans le système.
- La place et le rôle des acteurs de la santé ont aussi évolué. Les complémentaires santé ont un rôle croissant dans l'accès aux soins. Pour être efficace, le système de santé nécessite désormais un pilotage coordonné entre Assurance maladie obligatoire (AMO) et Assurance maladie complémentaire (AMC). Dans le même temps de nouvelles responsabilités incombent aux partenaires sociaux en matière de diffusion et de régulation de la couverture santé.

Pour préserver le système de santé et l'équité intra et intergénérationnelle qui le sous-tend, il est primordial de maîtriser ce qu'il produit dans sa globalité (progrès thérapeutiques, équité) ainsi que son coût.

---

<sup>1</sup>. Part des ressources provenant des cotisations sociales affectée aux régimes d'assurance maladie obligatoire sauf régime des fonctionnaires.

# UN SYSTÈME EN MUTATION



## LES EFFETS D'UNE DÉMUTUALISATION À BAS BRUIT

Le risque maladie pèse différemment sur les individus. Si la mutualisation large de la population et de la dépense de santé au moment du financement est un choix de société, c'est également un moyen de partager ce risque hétérogène, à coût maîtrisé pour chacun. Dans ces conditions de mutualisation et de solidarité, il est impératif d'interroger la pertinence de la dépense au regard de nos pratiques de soin. En l'absence d'adaptation de nos pratiques, la dépense de santé risque de ne plus être soutenable pour la collectivité. Cela présente un danger pour la mutualisation à travers deux mécanismes.

- Les transferts de dépense socialisée sur les individus risquent de se poursuivre. Les assurés qui recourent aux soins devront alors y faire face selon leur propre capacité financière.

D'une part, lorsque les personnes recourent aux soins, elles en paient une partie croissante au fur et à mesure des transferts. D'autre part, par définition, ce sont les malades qui engagent les dépenses et qui sont alors amenés à les payer pour eux-mêmes. Il s'agit d'une remise en cause du principe de solidarité entre bien-portants et malades qui nourrit une démarche volontaire de démutualisation. Les personnes à faible risque sont, dans ce schéma, incitées à s'assurer pour elles-mêmes dans un cadre moins coûteux et qui prend en compte uniquement leur risque.

Le poids des dépenses de santé restant à la charge des ménages après assurance maladie obligatoire s'est accru au cours de la dernière décennie pour atteindre 3,3% du revenu disponible et le reste à charge moyen est de 500 € (en 2008).

Ces chiffres moyens traduisent mal la dispersion des situations en matière de reste à charge. Le niveau de reste à charge le plus fréquent est inférieur à 50 € par an, c'est le cas d'un assuré sur cinq, et 70% des assurés doivent payer après remboursement de l'assurance maladie obligatoire moins de 500 €. Les restes à charge élevés et extrêmes tirent donc fortement la moyenne. Un dixième des personnes malades supportent 40% du reste à charge global.

La liberté tarifaire explique les dépassements d'honoraires et le niveau des prix des biens médicaux (dépenses d'appareillage, en particulier dentaire et auditif). Elle produit 40% des restes à charge.

La connaissance s'améliore en matière de poids des restes à charge ainsi que leur répartition entre les ménages et au long de la vie. Des travaux sont en cours pour mesurer de manière plus complète l'accessibilité financière des soins après assurance maladie obligatoire, mais aussi après intervention des complémentaires.

Parallèlement à la question des restes à charge, il est important de souligner que les chiffres ne peuvent capter que le recours au soin, tandis que le comportement de renoncement aux soins ou de renoncement à la complémentaire santé se répand parmi les personnes en situation de fragilité sociale ou financière. Parmi les personnes sans couverture complémentaire, 30,4% déclarent avoir renoncé à des soins dans l'année.

- L'assurance maladie obligatoire pourrait être tentée d'opérer une sélection des risques en ciblant les maladies les plus coûteuses ou les personnes les plus modestes.

Les chiffres globaux du partage de la dépense de santé entre financeurs sont stables depuis plusieurs années. En 2010, l'assurance maladie obligatoire prend en charge 75,8% de la consommation de soins et biens médicaux, les complémentaires 13,5% et les ménages en paient seuls 9,4%. Cependant, une analyse plus détaillée de ces chiffres moyens révèle les différences de ciblage des remboursements de soins selon les opérateurs et selon les individus, en particulier un fort investissement de l'assurance maladie obligatoire sur les soins les plus lourds accompagné d'un relatif désengagement sur les autres postes.

Le dispositif des Affections de longue durée (ALD) est en forte croissance. Le système des ALD est un régime de remboursement spécifique qui exonère ses bénéficiaires du paiement des restes à charge liés à l'affection reconnue « ALD ». 15% des assurés sont en ALD et concentrent aujourd'hui 64% des dépenses socialisées. En 2002, les ALD concentraient 44% des dépenses.

La part des dépenses prise en charge par la Sécurité sociale pour les personnes hors ALD est de 60,8% contre 87,1% pour les personnes en ALD, ce qui n'empêche pas ces malades de subir d'importants restes à charge.

---

# NOS OBJECTIFS

---

À la suite de la Seconde Guerre mondiale, l'objectif tout comme l'extension du système de santé<sup>2</sup> a été d'assurer à tous un accès égal aux soins tout en garantissant la croissance économique.

Il s'agit de ne pas faire dépendre l'accès à la santé des revenus personnels du malade, mais d'offrir à chacun les soins dont il a besoin. Il s'agit aussi d'éviter la sélection des risques propres aux assurances privées : ne pas discriminer les personnes dont la santé est la plus fragile par des cotisations élevées, voire refuser la prise en charge.

Ce sont les bases du système de santé que nous voulons préserver, elles sont simples : chacun finance le système de santé en fonction de ses revenus et reçoit les soins en fonction de son état de santé.

Afin d'assurer le bien-être de tous, d'éviter l'exclusion sociale, le système de santé répond à des enjeux de **cohésion sociale**. Ce sont ces enjeux qu'il nous faut garantir dans un contexte économique difficile, de chômage de masse, d'évolution des formes familiales pour garantir la justice sociale.

Sans ces principes, la poursuite des inégalités continuera entre ceux qui peuvent se payer une couverture complémentaire et ceux qui dépendent de plus en plus des minimas sociaux. La santé doit rester une prestation universelle accessible à tous, sans condition particulière.

En ce sens, le système de santé doit être sauvegardé et reposer sur ces objectifs de **solidarité** (entre bien-portants et malades), d'**égalité** (d'accès) et d'**universalité** (de la couverture).

---

2. En lien avec l'histoire des politiques sociales, le système de santé connaît trois phases : le développement des politiques de santé pour les plus pauvres, la mise en place de mécanismes d'assurance-maladie pour certains salariés, puis le développement du système de santé à vocation universelle.

# QUELLES PISTES POUR PRÉSERVER L'UNIVERSALITÉ ET LA SOLIDARITÉ ?

## ↓ POURSUIVRE L'ORGANISATION DU SYSTÈME DE SANTÉ

Il est nécessaire de maîtriser les dépenses, car notre système de santé est coûteux et les ressources de la collectivité sont limitées. Néanmoins, cet objectif ne doit pas prévaloir sur l'essence même du système de santé qui doit être de dispenser des soins de qualité pour tous.

Des marges de manœuvre existent pour répondre de manière plus efficiente aux besoins présents et à venir. **Ces pistes (ci-dessous) ont été déclinées dans la note du Bureau national de la CFDT en juin 2008 « Une couverture santé pour un accès aux soins de qualité »** et qui sert d'ailleurs de feuille de route aux mandatés CFDT.

Il faut ainsi améliorer l'organisation et la régulation de l'offre de soin pour la rendre plus collective.

- La prise en charge aujourd'hui souffre de cloisonnement, et du manque de coopération et de transversalité entre les lieux de soin (hôpital, ambulatoire, établissement médico-social, domicile, lieu de vie et de travail) et entre les spécialités médicales, paramédicales, médico-sociales. Il faut développer les coopérations entre professionnels, ainsi que les établissements et services multidisciplinaires. Le dossier médical personnalisé (DMP) devrait contribuer également à ce décroisonnement.
- La prise en compte du cadre de vie et de travail sur l'état de santé est insuffisante et régresse. L'état dans lequel se trouvent la médecine du travail et la médecine scolaire est révélateur de cette absence de complémentarité et de prise en charge globale de la santé. Il faut que les institutions (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou Cnamts, Agences régionales de santé ou ARS) considèrent la question du travail comme un élément déterminant de santé à part entière. A l'inverse, dans l'entreprise et les structures de prévention qui lui sont rattachées, il s'agit de mieux articuler les actions de prévention professionnelle et de santé publique (hygiène alimentaire, activité physique, addictions...).
- **L'espace fait à la prévention est insuffisant.** Nous n'y consacrons actuellement que 7% des dépenses de santé. Face à des risques sanitaires croissants liés aux modes de vie, à l'alimentation, à la vie professionnelle, la prévention permet d'éviter une proportion non négligeable de maladies, notamment chroniques, très coûteuses pour la collectivité. En complément de ce qui est dit ci-dessus sur le rôle de la médecine du travail, l'évolution des modes de rémunération peut faire bouger les frontières entre le préventif et le curatif. Il est urgent de définir des priorités de santé publique, de bâtir une réelle politique de prévention et de promotion de la santé, en coordonnant l'ensemble des intervenants sous la responsabilité et le contrôle de l'Etat. Il faut donc développer des politiques de prévention dès l'enfance jusqu'à la fin de la vie, en passant par le scolaire et la vie professionnelle, intégrées dans des ARS.
- L'acte et son paiement au coup par coup est emblématique de la vision court-termiste et curative du

soin. Il devient urgent de **faire évoluer fortement ce mode de rémunération** pour la médecine de ville comme pour l'hôpital. Il faut réinterroger le financement des établissements de santé, la tarification à l'activité (T2A) montrant ses limites.

- « Les déserts médicaux » pour certaines spécialités entravent l'accès aux soins et entraînent un recours inapproprié à l'hôpital et aux urgences. Il convient de mieux encadrer l'installation de certaines professions médicales.
- Enfin, la politique de santé doit poser de réelles problématiques à propos du **médicament**, à savoir la sécurité sanitaire, le développement des génériques, la recherche et l'utilité thérapeutique. À ce titre, se pose la question du remboursement en lien avec le service médical rendu, pour laquelle le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) propose d'ouvrir la réflexion.

Les avancées sur les différents aspects sont timides et les effets attendus de la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires (HPST) de 2009 peinent à se concrétiser quand ils ne sont pas simplement contredits par de nouvelles règles (la loi Fourcade de 2011 réduit les contraintes des médecins en matière d'installation).

Il est nécessaire de disposer d'un bilan des différentes dispositions de cette loi. Dans les prochains mois, **la CFDT en dressera un bilan et, plus particulièrement avec ses Unions régionales interprofessionnelles (Uri), sur la mise en œuvre de ses objectifs par les ARS.** Dans ce cadre là, les établissements de santé (publics, privés et non lucratifs) comme l'articulation entre médecine de ville et hôpital pourraient faire l'objet d'une note spécifique.

## LE CHOIX DE LA RESPONSABILITÉ COLLECTIVE POUR MAÎTRISER LES DÉPENSES

La maîtrise des dépenses de santé est passée ces dernières années en partie par la mise en place d'outils de responsabilisation des consommateurs de soins. Les franchises, forfaits et autres modalités de « co-paiement » en sont des déclinaisons qui ont montré les limites de ce concept appliqué au domaine de la santé. Les dépenses ainsi exclues du champ de l'assurance maladie obligatoire et donc des dépenses publiques de santé, ont été, de fait, reportées sur les financeurs privés que sont les assureurs complémentaires et les ménages. Du fait du caractère essentiellement non choisi de la consommation de soins, cette désocialisation progressive des dépenses de santé s'est traduite par l'alourdissement de ce poste dans le budget des ménages par le biais d'une hausse des tarifs des complémentaires, d'une augmentation des restes à charge et a entraîné des renoncements aux soins.

## LES FAUSSES PISTES

### LA « RESPONSABILISATION » OU DÉSOCIALISATION D'UNE PARTIE DU RISQUE

Dans le même corpus d'idées focalisé sur la demande de soin, sont également évoquées des pistes consistant à exclure certaines pathologies ou certains accidents de l'assurance maladie obligatoire.

L'argument invoqué peut être celui de la distinction petit risque/gros risque ou de la responsabilité individuelle prétendument engagée dans la survenance de la maladie ou de l'accident.

Ces arguments n'ont aucune pertinence financière : ces sont les ALD et les maladies chroniques qui pèsent le plus sur la charge financière de l'assurance maladie et sur son évolution. Sortir le « petit risque » ne diminuerait pas significativement les dépenses, mais pourrait à terme priver l'assurance maladie du financement de ceux qui ne se sentent pas concernés par les « gros risques ». On aboutirait à une mutualisation des risques entre malades.

Ils sont encore plus à rejeter d'un point de vue éthique : la prise en charge du risque maladie doit rester universelle et fondée sur la solidarité entre bien-portants et malades. Elle ne peut en aucun cas être conditionnée ou imputée à un jugement de bonne ou mauvaise conduite, dont on voit mal la pertinence en matière de maladie.

Pour autant, l'intervention publique est justifiée dans le domaine de la santé pour préserver l'ensemble de la population de la maladie, et c'est en ce sens que l'Etat et l'assurance maladie sont légitimes à mobiliser des instruments servant à dévier les pratiques à risque pour la santé. Cela peut passer par le renchérissement du coût des produits dangereux pour la santé (action par les prix, par la taxation, voire interdiction de consommer) ou bien par le développement de programmes ambitieux de sensibilisation et de prévention. Les effets de ce type de programmes tout au long de la vie sont de mieux en mieux documentés : ils conduisent au recul, dans le temps et au sein de la population, de nombreuses maladies parmi lesquelles les plus coûteuses pour la société (maladies chroniques, invalidantes, conséquences globales de la perte d'autonomie).

## L'INSTAURATION D'UN BOUCLIER SANITAIRE EST AUSSI ÉVOQUÉE

Avec ce système, au-delà d'un certain seuil de dépense, éventuellement modulé selon les ressources, les dépenses pèseraient entièrement sur la responsabilité collective, en deçà elles relèveraient de la responsabilité individuelle. Un tel partage a le même inconvénient que le système décrit ci-dessus : peu de pertinence en termes d'équilibre financier et remise en cause du principe de paiement selon ses besoins, pour faire payer selon ses revenus. Pire, il est clairement inflationniste, car il dispense d'agir sur l'origine des coûts dès lors qu'ils sont remboursés en totalité. D'autres inconvénients existent à l'échelle des choix individuels de recours aux soins (recours aux soins retardé en dessous du seuil, sans limite au-dessus).

Il convient plutôt d'agir sur les pratiques de prises en charge (parcours et protocoles de soin, mode de rémunération des actes, coopération des acteurs ...) dans le cadre d'un **système de santé fortement mutualisé que ce soit en assurance maladie obligatoire ou complémentaire**.

Toutefois, si des marges de manœuvre importantes existent en matière de maîtrise des dépenses, liée à une meilleure qualité des soins, des ressources supplémentaires seront indispensables à l'Assurance maladie, **via l'augmentation de la CSG**.

Les complémentaire santé prennent une place de plus en plus étendue<sup>3</sup> et importante dans l'accès aux soins. Dans ce contexte, l'assurance maladie complémentaire a un rôle à jouer, aux côtés de l'assurance maladie obligatoire, dans le pilotage de l'assurance maladie et du système de santé dans son ensemble.

Actuellement, l'assurance maladie complémentaire fournit des couvertures de niveau très inégal malgré les formes d'encadrement qui existent et qui doivent être renforcées pour plus d'équité. Nous avons une responsabilité importante pour aboutir à une meilleure mutualisation en complémentaire santé.

3. En 2009, le marché de la couverture maladie complémentaire représentait 30,5 Mrd EUR de cotisations et de primes, pour 24,3 Mrd EUR de prestations.

## PROPOSITIONS POUR MAÎTRISER LES DÉPENSES

Améliorer l'organisation du système de santé pour maîtriser les dépenses permet d'enrayer le retrait de l'assurance maladie obligatoire et de préserver l'universalité de la prise en charge. Dans cette optique, la CFDT dressera un bilan de la mise en œuvre de la loi HPST, en particulier sur les ARS.

- Au-delà, il est indispensable de diffuser des protocoles et des parcours de soins plus en phase avec les pathologies d'aujourd'hui, dont les plus lourdes se situent pour partie dans le périmètre des ALD. Les ALD sont souvent des maladies chroniques qui supposent donc une récurrence des actes de soins et un suivi particulier qui rend illégitime la rémunération à l'acte. L'introduction d'une rémunération au forfait pour traiter ces pathologies est une piste pertinente.
- Il est nécessaire d'engager une réflexion commune sur l'implication des complémentaires dans ce domaine (partage du financement, nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé dans ces protocoles...). Plus largement, il faut lutter contre l'inflation des restes à charge en rationalisant les tarifs des soins les moins maîtrisés (prix de marché des appareils médicaux, dépassements d'honoraires). La notion d'universalité s'applique au champ des personnes à couvrir : elle ne signifie pas que les remboursements doivent être illimités, elle impose de mieux maîtriser le coût des soins.
- Une augmentation des recettes affectées à l'Assurance maladie paraît indispensable via l'augmentation de la CSG.

## POUR UNE RÉGULATION CONJOINTE DU SYSTÈME D'ASSURANCE ET DE SANTÉ

Aujourd'hui, 94% de la population détient une couverture complémentaire. Environ 60% des personnes couvertes le sont à titre individuel, donc de façon facultative, et 40% le sont via leur entreprise.

Le système de santé fait une place grandissante à l'assurance maladie complémentaire. La collectivité apporte son concours à l'acquisition d'une complémentaire santé à travers trois dispositifs.

- La CMU-C, Couverture maladie universelle complémentaire, permet aux personnes à très faible revenu d'accéder gratuitement aux soins. 4,3 millions de personnes en bénéficient.
- L'ACS, Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, est une subvention, modulée avec l'âge, pour souscrire une complémentaire santé individuelle sur le marché. Elle s'adresse aux personnes dépassant de peu le plafond d'attribution de la CMU-C. À ce jour, un peu plus de 600 000 personnes ont utilisé leur attestation. Ce dispositif peine à atteindre la cible de 2 millions de bénéficiaires potentiels.
- Le contrat collectif obligatoire est un autre mode d'acquisition de la complémentaire santé. Il est, la plupart du temps, issu de la négociation d'entreprise ou de branche, pour couvrir les salariés de l'entreprise. Ce type de contrat doit répondre à un cahier des charges précis pour que l'employeur et les salariés puissent bénéficier d'avantages sociaux et fiscaux.

Selon le HCAAM, le coût global des politiques de diffusion de la complémentaire santé s'élève à 7,6 Mrd EUR, dont 1,7 Mrd EUR pour la CMU-C et l'ACS, et 5,2 Mrd EUR pour inciter à la mise en place de contrats collectifs obligatoires. La Cour des comptes estime ce dernier chiffre à environ 4,3 Mrd EUR.

L'assurance maladie complémentaire est à l'origine facultative, elle est pratiquée par des opérateurs commerciaux privés sur un marché concurrentiel. Le développement récent de l'AMC est orienté et encadré par deux influences réglementaires :

- l'une résulte de directives européennes portant sur l'activité assurantielle qui tendent à homogénéiser le métier d'assureur de personnes ;
- l'autre, introduite par la loi Fillon de 2003, incite à la mise en place de couvertures santé complémentaires obligatoires via l'entreprise et négociée paritairement.

## NOTRE PLACE DANS LA RÉGULATION DES COUVERTURES DES FRAIS DE SANTÉ

La loi Fillon de 2003 incite financièrement les entreprises à mettre en place une couverture santé complémentaire pour leurs salariés. Les exonérations sociales et fiscales prévues dans ce cadre sont conditionnées par le caractère collectif, obligatoire, uniforme, solidaire et responsable de la couverture. En effet, le régime doit bénéficier à l'ensemble du personnel (ou bien à certaines catégories si cela se justifie objectivement) et ce, dans les mêmes conditions de couverture pour tous et dans les mêmes conditions de cofinancement entre l'employeur et chacun des salariés. Le contrat doit être solidaire et responsable, c'est-à-dire que la sélection des risques y est interdite, et il doit respecter un cahier des charges défini par la loi de 2004 qui vise à faire respecter le parcours de soins, et à proposer des actions de prévention, et qui fixe les conditions de prise en charge des tickets modérateurs.

L'emploi devient un mode d'accès important à la complémentaire. Les deux tiers des salariés couverts par une complémentaire santé le sont par le biais d'un contrat collectif. Mais cet accès se diffuse de façon inégale. Ainsi, les salariés se voient d'autant plus proposer une complémentaire qu'ils travaillent dans une grande entreprise, et qu'ils se situent dans des catégories socio-professionnelles élevées. Il en va de même pour les garanties qui s'élèvent avec la taille de l'entreprise et la proportion de cadres. Il y a également des différences par secteur, le secteur des services étant le moins bien couvert.

La mise en place d'une complémentaire santé se décide essentiellement au niveau de l'entreprise ou de l'établissement, dans une moindre proportion par convention collective (14 % selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé ou Irdes) ou accord de branche (6 %).

La participation moyenne des employeurs au financement est de 57 %, avec de grandes disparités selon les employeurs.

## GÉNÉRALISER LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ ET PRÉVOYANCE DANS ET HORS DE L'EMPLOI, ET RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE COUVERTURE

Parallèlement aux aides attribuées sous conditions de ressources pour bénéficier d'une complémentaire santé, il existe deux dispositifs de maintien de couverture en dehors de l'entreprise.

- La réglementation relative aux retraités, issue de la loi Evin de 1989, oblige l'assureur à maintenir la couverture au retraité (si toutefois celui-ci en avait une dans le cadre de son dernier emploi). Ce maintien est néanmoins partiel, car la couverture perd les avantages liés au contrat collectif : pas d'obligation de participation pour l'employeur et possibilité d'augmentation (encadrée) des tarifs.
- Pour ce qui est de la situation de chômage, l'Accord national interprofessionnel de 2008 sur la modernisation du marché du travail a introduit un mécanisme de portabilité de la couverture complémentaire pour le salarié sortant. Cette obligation de maintien, qui incombe cette fois à l'employeur, doit être garantie dans les mêmes conditions de couverture et de participation de l'employeur, mais sous certaines

conditions relatives à la durée du dernier contrat de travail et à la durée d'indemnisation du chômage. Ce dispositif s'avère très peu opérationnel et ne peut répondre à la diversité des situations de non-emploi qui existent et qui précarisent l'accès à la complémentaire santé.

Inégalités de revenus et de statut dans l'accès aux soins, part croissante des complémentaires dans les remboursements soulignent la responsabilité des partenaires sociaux dans la prise en charge des citoyens face à la maladie.

Il convient de rappeler que les complémentaires collectives de branche et/ou d'entreprise ne sont pas des « contrats d'adhésion » proposés par des assureurs, mais **des régimes de protection sociale dont les partenaires sociaux ont la totale responsabilité quant à leur contenu et leur financement.**

Partout où les représentants des salariés sont négociateurs de la couverture des frais de santé, y compris dans les fonctions publiques, il nous revient de fixer les paramètres du régime de façon à **renforcer et compléter le caractère responsable** tel que défini dans la loi. Il faut donc garder à l'esprit qu'une bonne couverture ne signifie pas « remboursements illimités ». Les pratiques de nos négociateurs ont contribué à la dérive des dépenses de santé, notamment en nourrissant les dépassements d'honoraires.

Néanmoins, s'il faut éviter les garanties inflationnistes, on ne peut ignorer l'existence de la liberté tarifaire. En effet, les éléments non pris en charge par le contrat se reportent sur les salariés. L'action en amont des remboursements est donc indispensable. Elle doit être menée conjointement avec les pouvoirs publics, les acteurs de l'assurance, les professionnels de santé et les partenaires sociaux.

## PROPOSITIONS POUR UNE RÉGULATION CONJOINTE

- 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.
- Généraliser les contrats collectifs pour toutes les entreprises, les établissements et les administrations des fonctions publiques, encadrés par une négociation interprofessionnelle (santé et prévoyance), en cohérence avec les dispositifs déjà existants (branche et entreprise).
- 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 fond mutualisé composé des financements re-fondus de la CMU-C, de l'ACS et d'une partie du financement des contrats collectifs obligatoires. Ce fond, 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.

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### ↓ TYPOLOGIE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

Dans ses travaux comparatifs, l'OCDE distingue trois modèles d'organisation des systèmes de santé. Comme dans la plupart des typologies, ce sont des systèmes « purs », aucun pays ne correspond entièrement au modèle dans lequel il est classé. Les pays sont répartis selon leur mode de fonctionnement dominant, mais on peut retrouver dans chaque pays des traits relevant des autres modèles.

Le **système intégré** se caractérise par la centralisation du financement et des prestations par un organisme unique. On y retrouve les pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande) ainsi que le Royaume-Uni, l'Italie (à partir des années 1980), les pays du Sud (Espagne, Portugal, Grèce) ont adopté ce modèle après avoir fonctionné selon un système contractuel.

Le **système contractuel** instaure quant à lui une séparation entre financement, souvent public, et offre de soins qui peut être privée ou publique. Les modalités de paiement et de services sont fixées par accord contractuel. Les Pays-Bas, l'Allemagne, l'Autriche sont des exemples de ce mode de fonctionnement.

Enfin, le **système de remboursement** entraîne un remboursement de la part de l'assureur une fois la prestation délivrée, au coup par coup. La France, la Belgique, le Luxembourg, les Etats-Unis sont classés dans ce modèle.

On peut aussi rencontrer un autre découpage entre les modèles où l'on distingue :

- les systèmes nationaux de santé, qui instaurent un service national et public de santé;
- le modèle d'assurance maladie;
- le modèle libéral, où la gestion par le marché est la règle de fonctionnement.

## ANNEXE 2

### **LES DÉPENSES DE SANTÉ : QUELQUES AGRÉGATS ET MONTANTS**

**La Dépense courante de santé (DCS)** mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé.

La DCS représente **12,1 % du PIB**, en 2010.

Elle intègre la consommation de soins et biens médicaux et aussi les indemnités journalières, la prévention collective, les subventions reçues par le système de santé (aides indirectes telles que la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé), le fonctionnement de la recherche, de la formation et de l'administration sanitaire.

La DCS est évaluée pour plusieurs types de financement : le financement public (État, collectivités locales), la Sécurité sociale, les Organismes complémentaires d'assurance maladie (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) et les ménages.

**La Consommation de soins et biens médicaux (CSBM)** regroupe une partie des paiements qui se rapportent à la maladie elle-même. Les autres parties correspondant aux soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, ainsi qu'aux indemnités journalières maladie, maternité et accidents du travail.

La CSBM se compose des dépenses réglées au titre des soins médicaux (en hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services de médecine préventive et des transports.

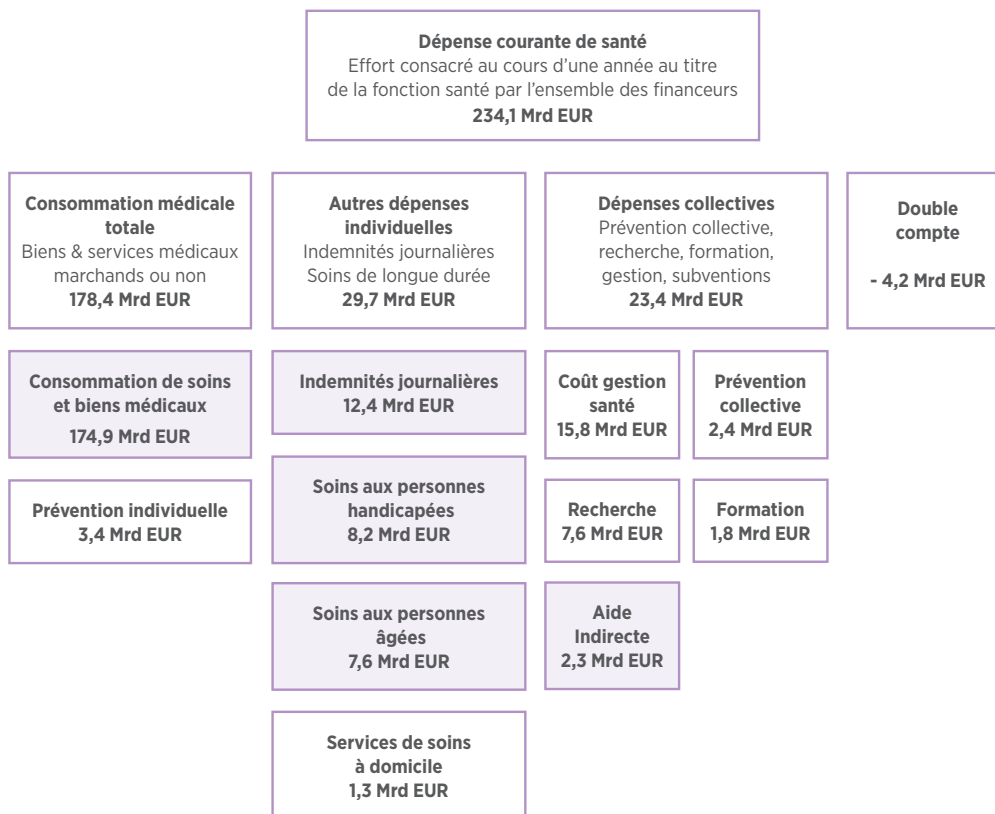
La CSBM représente **9 % du PIB**, en 2010.

**La Dépense totale de santé (DTS)** est l'agrégat utilisé pour des comparaisons entre les différents pays de l'OCDE. La définition est commune à l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La dépense totale de santé est évaluée en retranchant de la DCS les indemnités journalières, la prévention environnementale et alimentaire, la recherche nette, la formation médicale et en ajoutant l'investissement en capital fixe et certaines dépenses sociales liées à la dépendance et au handicap.

La DTS représente **11,75 % du PIB**, en 2010.

## Les dépenses de santé en 2010



## L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE, ONDAM

L'Ondam est un agrégat institué suite à la réforme de 1996. Cet objectif de dépense est fixé tous les ans par le Parlement qui cible un taux de progression annuel des dépenses. L'Ondam vise ainsi à suivre et à tenter de réguler la progression des dépenses de l'assurance maladie.

Il s'élève à 162 Mrd EUR en 2010 et ne recouvre donc pas la totalité des dépenses de santé.

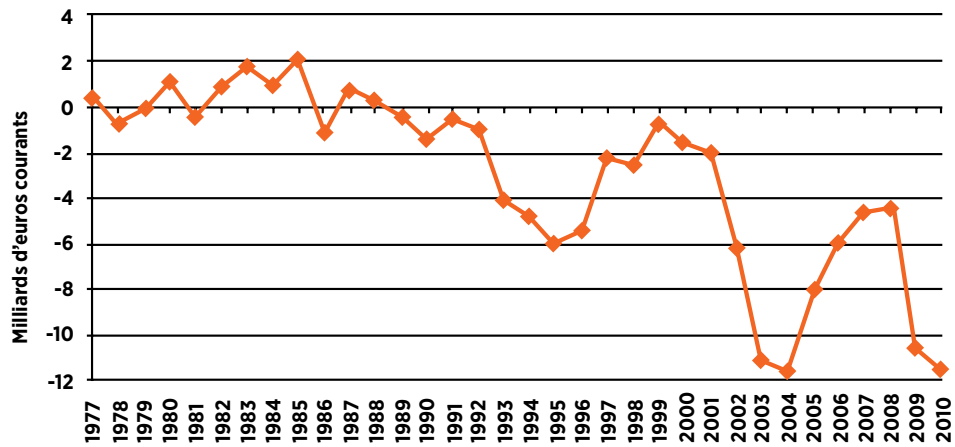
Au sein des dépenses courantes de santé, l'Ondam correspond :

- à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale (soit les  $\frac{3}{4}$ ): 132,7 Mrd EUR;
- aux indemnités journalières (hors maternité): 10 Mrd EUR;
- aux soins de longue durée aux personnes âgées (les forfaits soins des établissements) : 8,2 Mrd EUR;
- aux soins des personnes handicapées : 7,6 Mrd EUR;
- à la prise en charge des cotisations des professionnels de santé : 2 Mrd EUR.

À ces dépenses s'ajoutent 1,2 Mrd EUR non comptabilisés dans la DCS, correspondant à des dotations des régimes d'assurance maladie à divers fonds et à des structures accueillant des personnes précaires, ainsi qu'aux dépenses des ressortissants français à l'étranger.

## ÉVOLUTION DU SOLDE DE L'ASSURANCE MALADIE

La branche maladie de la Sécurité sociale est en déficit depuis 1989: 731 millions d'euros en 1999; puis 11,6 Mrd EUR en 2004; 4,4 Mrd EUR en 2008; autour de 11 Mrd EUR prévus en 2011.



www.irdes

## LA BOÎTE À OUTILS

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

### NOS AUTRES AMBITIONS

- POLITIQUE ÉNERGÉTIQUE: CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT
- POLITIQUE INDUSTRIELLE: 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
- POLITIQUE FAMILIALE: CONSTATS ET PROPOSITIONS CFDT
- FORMATION PROFESSIONNELLE: UNE STRATÉGIE, DES ACTES

### SUR LE MÊME THÈME

- ARGUMENTAIRE - LA POLITIQUE DE SANTÉ

Retrouvez l'ensemble de nos outils sur notre site [www.cfdt.fr](http://www.cfdt.fr) / Boîte à outils