

LA PROTECTION SOCIALE

C'EST LA VIE !

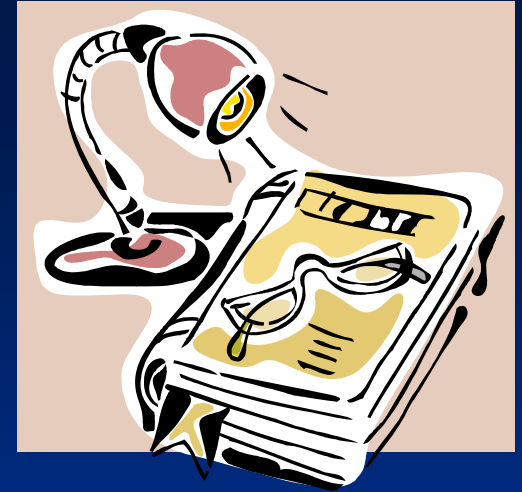
PROTECTION SOCIALE *(définition)*

Protéger les individus contre les aléas de la vie

- Maladie
- Retraite
- Chômage



HISTOIRE



1831 : Canuts lyonnais

➤ *Sociétés Mutualistes.*

1898 : Accident du travail

➤ *Employeur responsable.*

1910 : Loi créant les retraites ouvrières et paysannes

1919 : Loi sur les accidents de travail élargie aux maladies professionnelles.

1930 : Compromis sur assurances sociales.

4 oct. 1945 : Création par le Conseil National de la résistance de la Sécurité Sociale " destinée à **GARANTIR** les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou supprimer leur capacité de gains, à couvrir les charges de maternité et les charges de familles qu'ils supportent ".

1945 : naissance de la Sécurité sociale

Les ambitions

Débarrasser les travailleurs de la hantise du lendemain, de cette incertitude génératrice chez eux d'un complexe d'infériorité... et origine réelle de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les non possédants constamment sous la menace de la misère.

Pierre Laroque, 1944

Assurer
toute la
population

Contre tous
les risques
à
l'exclusion
du
chômage

Par le biais
d'une
caisse
unique

Gérée par
les assurés

PLAN DE SECURITE SOCIALE

élaboré par Pierre Laroque basé sur trois grands principes

Créer un régime de sécurité sociale élargi à tous les français

EGALITE

Organiser un financement solidaire par le prélèvement obligatoire
- cotisation E/S - Répartition

SOLIDARITE

Confier la gestion de cet organisme aux partenaires sociaux avec la majorité aux représentants des salariés

DEMOCRATIE

Dans son projet, Pierre Laroque pense y intégrer le chômage.

Dans l'esprit de la reconquête du pays, du plein emploi, cette idée ne sera pas retenue.

HISTOIRE



- L'histoire de la sécurité sociale c'est aussi l'histoire des luttes sociales
- Le patronat a de tout temps cherché à s'en servir pour accompagner sa politique tout en cherchant à s'en désengager financièrement
- Les salariés se sont toujours battus pour la défendre et participer à sa gestion

SECURITE SOCIALE = SOLIDARITE NATIONALE

- *Entre les Régimes.*
- *Entre malades et biens portants.*
- *Entre actifs et retraités.*
- *Entre célibataires et chargés de famille.*



SECURITE SOCIALE

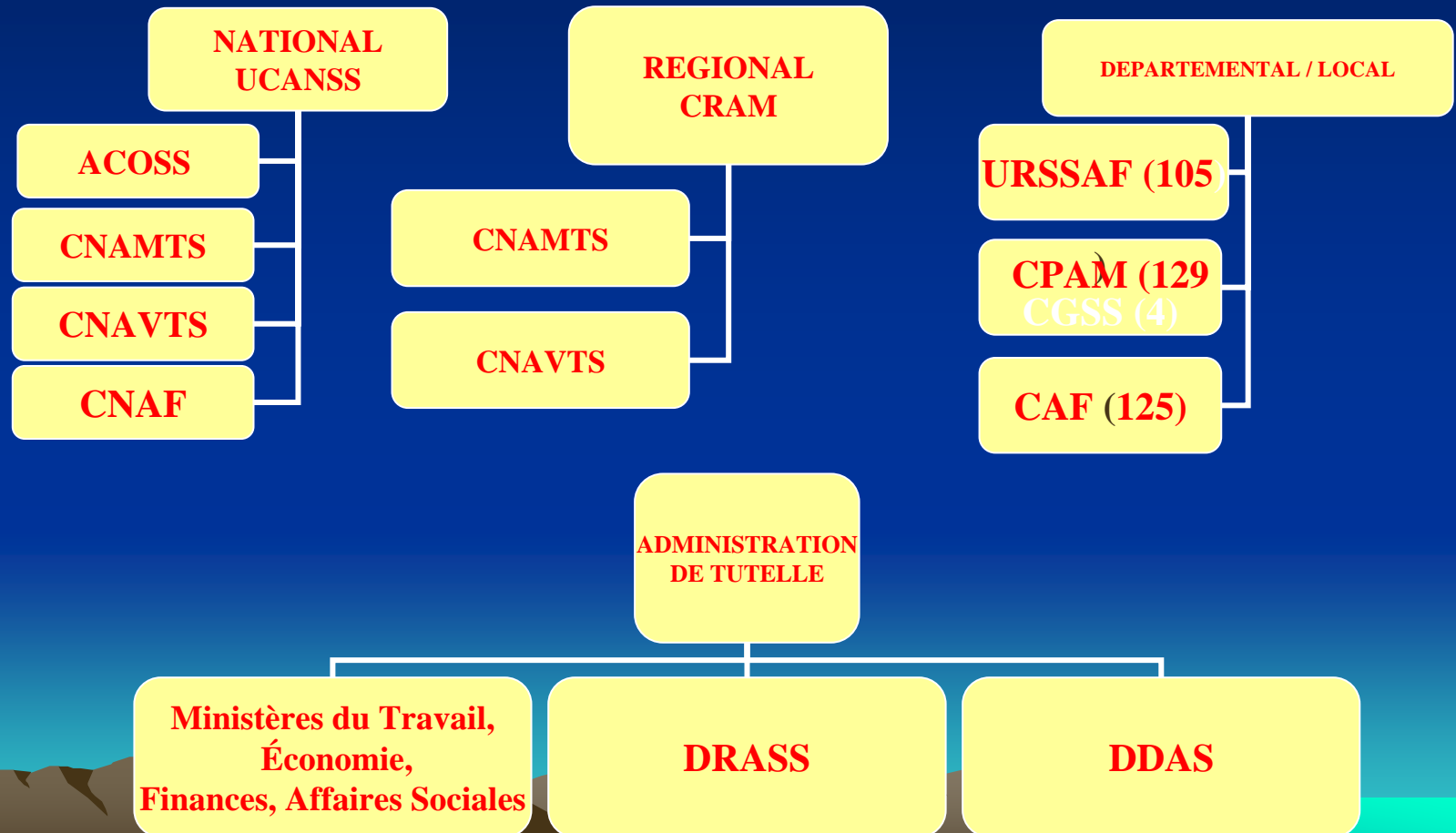
- Protection contre les risques fondamentaux
 - *Maladie*
 - *Maternité*
 - *Invalidité*
 - *Décès*
 - *Vieillesse / veuvage*
 - *Accident du travail*
 - *Maladie professionnelle*
 - *Famille*
- **Universalité / Unité.**



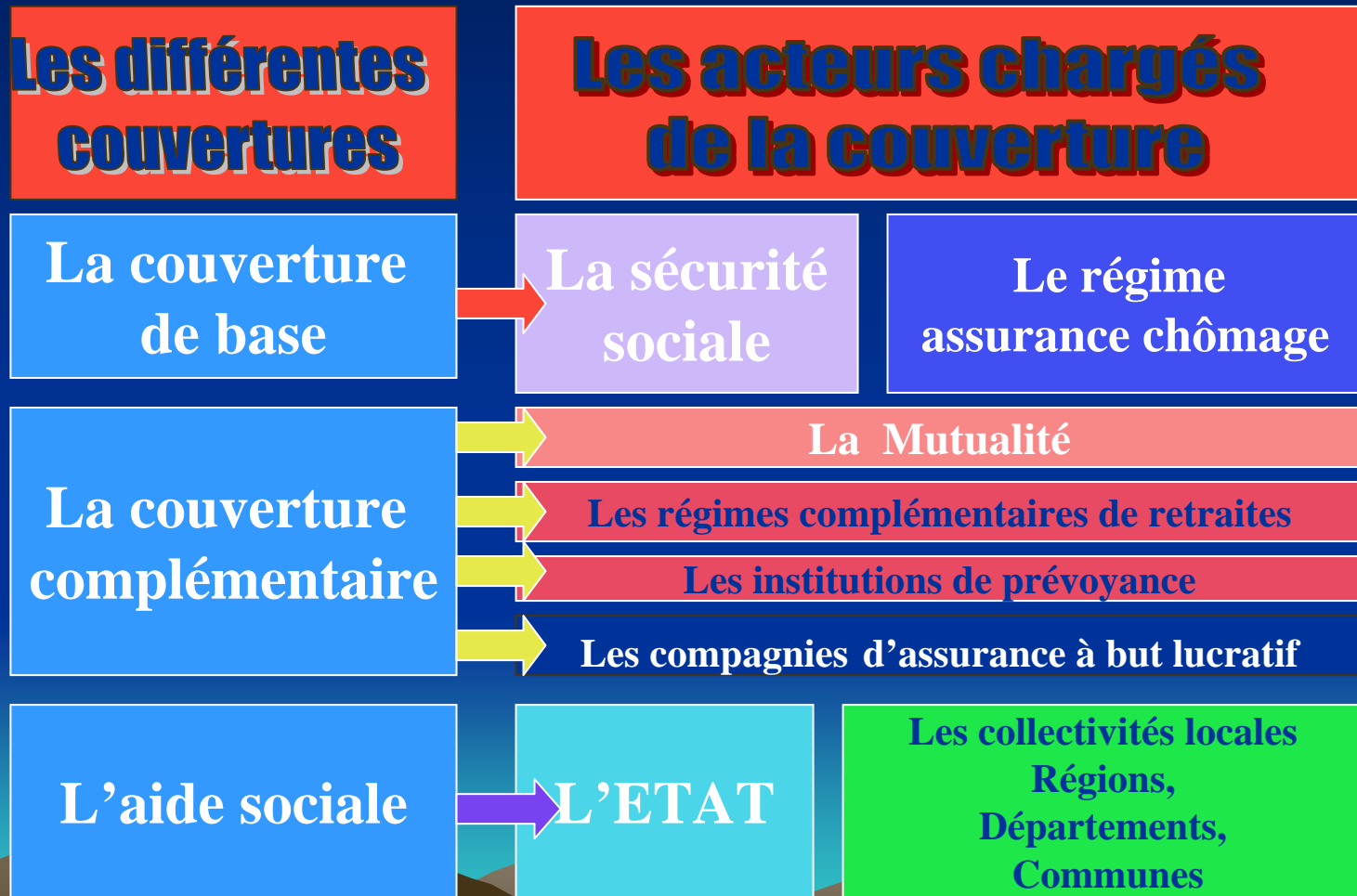
Ce qu'a permis la sécurité sociale

- *Une espérance de vie à la naissance de 78 ans
- *Un taux de mortalité des plus faibles de la planète
- *Un taux de mortalité infantile très bas (5 pour 1000)
- *Une espérance de vie après 60 ans (20 ans pour les hommes et 25 ans pour les femmes)
- *Un taux de mortalité cardiovasculaire le plus bas de l'Union européenne
- *De lutter contre la pauvreté des personnes âgées

ORGANISATION de la SECURITE SOCIALE



L'organisation du système français



L'ASSURANCE MALADIE EN CHIFFRES

Régime Général

40 millions d'individus

Régimes Spéciaux

5 millions d'individus

CMU

4,1 millions d'individus

Trois acteurs assurent la prise en charge des dépenses de santé :

Régimes obligatoires : **76 %**

Régimes Complémentaires : **12 %**

Mutuelles : 7,5 %

Prévoyance : 2,3 %

Assurance : 2,4 %

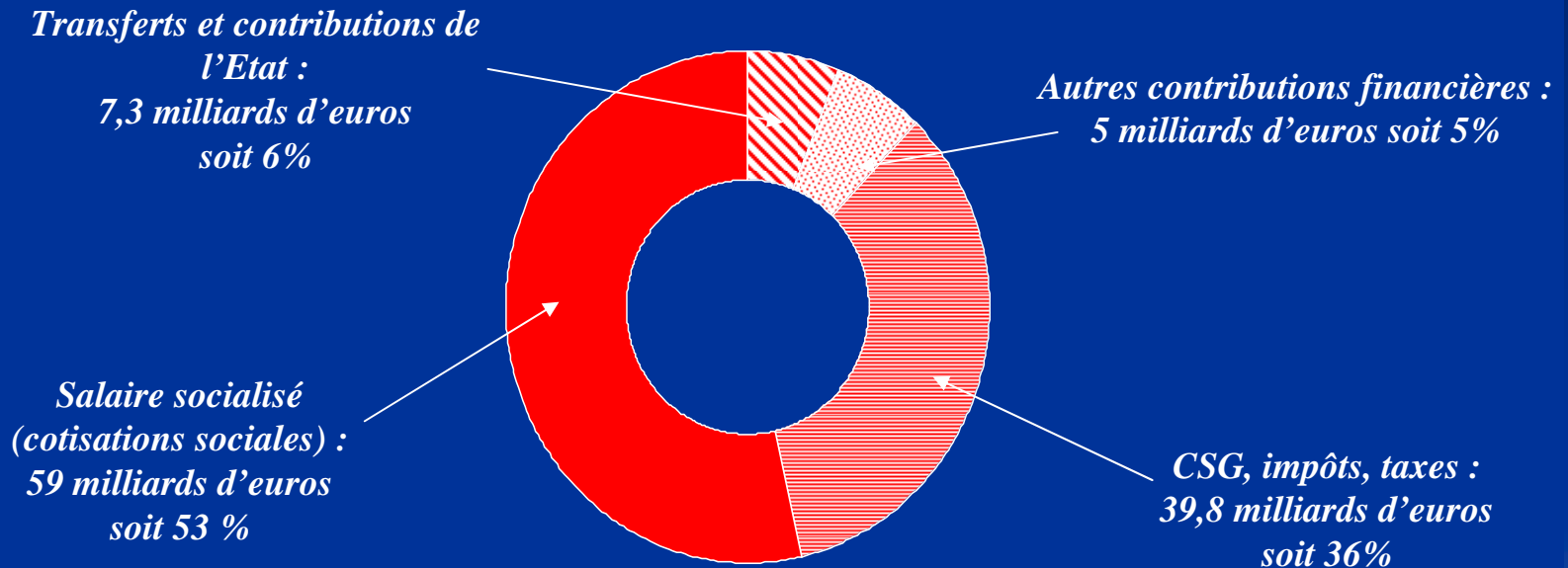
Les Ménages : **11 %**



FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Données 2002

Recettes : 111,2 milliards d'euros



Dépenses : 117,3 milliards d'euros

107,1 en prestations

10,2 en gestion et organisation du système de soin

Le rôle de l'État

- Pas gestionnaire de l'ensemble du système de soins mais il l'intègre dans sa politique économique et sociale.
- Détermine la politique de santé par la loi, mais ne maîtrise pas l'exécution de sa politique.
- N'assume pas obligatoirement les conséquences de ses choix tout en étant responsable des comptes de la sécurité sociale.
- Fournisseur de soins via le secteur hospitalier sans maîtrise de l'ensemble.
- C'est la CNAMTS qui gère d'où importance de son CA et des Administrateurs désignés par les organisations Syndicales.

SECURITE SOCIALE : REFORMES

1967 *Paritarisme. Création des caisses nationales (CNAM, CNAV, CNAF) et le l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS)*

1974 *Généralisation de la Sécurité Sociale péréquation financière entre les régimes*

- ❖ *Augmentation des dépenses de santé.*
- ❖ *Augmentation des prélèvements sociaux.*

1990 *Rocard Création de la **CSG***

1995 *Plan JUPPE équilibre financier **RDS***

1999 *Création de la **CMU***

QU'EST-CE QUE LA CSG?

- Créée en 1990, cette cotisation sociale généralisée représente une véritable rupture dans le mode de financement de la Protection Sociale
- Elle est destinée à financer l'assurance maladie et les prestations familiales et les cotisations des chômeurs
- Elle est prélevée sur la plupart des revenus à la source dont 88 % sur les salaires et les retraites (donc essentiellement à la charge des salariés et des retraités)

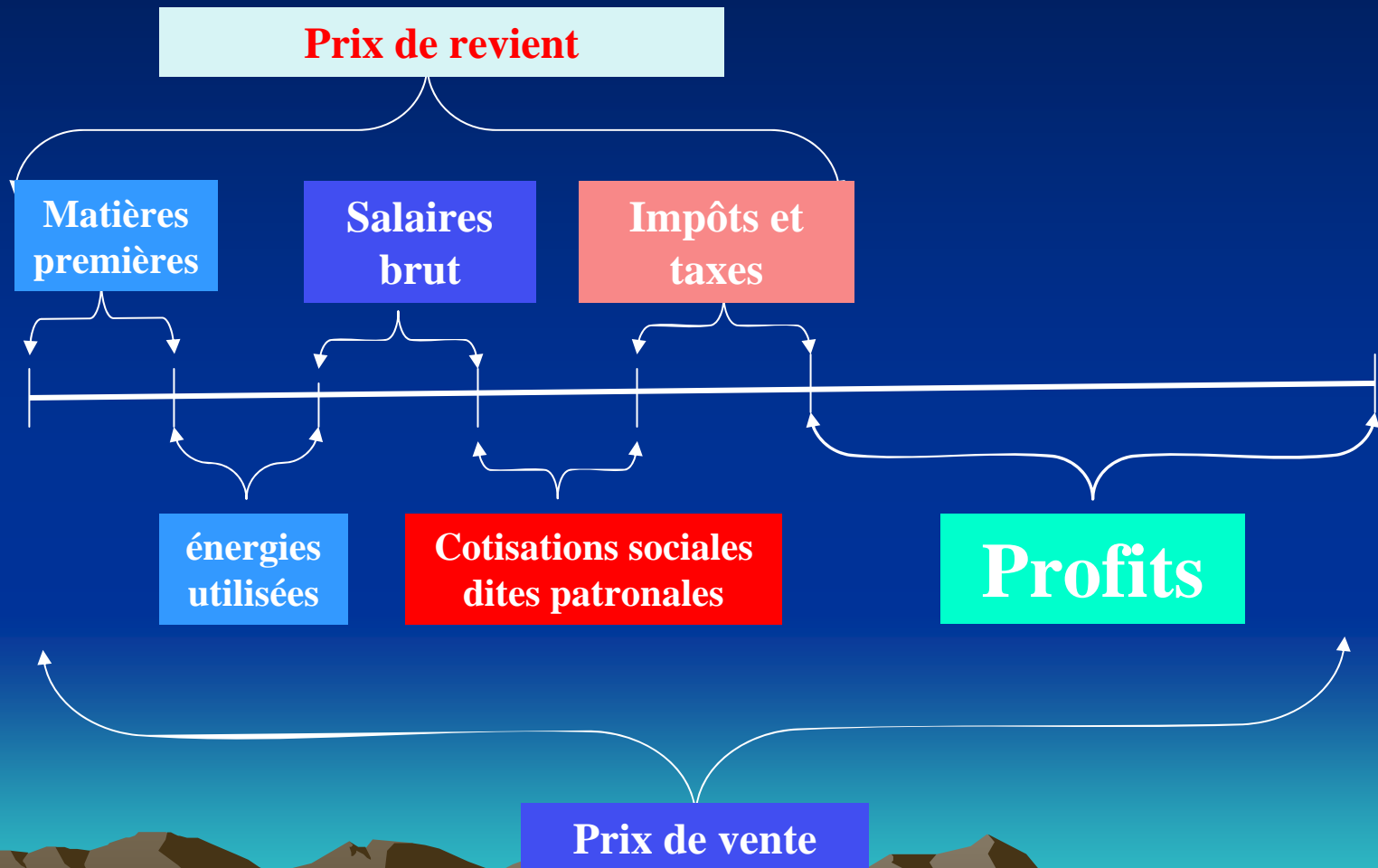
CONSTAT

Augmentation des dépenses de santé indéniable :

- Développement technologique
- Nouvelles pathologies
- Évolution démographique



Structure du compte d'exploitation des entreprises



Déficit : historique et enjeux

• L'assurance maladie connaît un déficit constant depuis les années 90 : **pourquoi ?**

- amélioration des conditions de vie et de prise en charge sanitaire
- progrès médical
- démantèlement des réseaux familiaux et sociaux (augmentation du nombre d'hospitalisations, nécessité de structures collectives...)
- effets du vieillissement par le biais du développement des maladies chroniques
- à partir de 1998, création de la CMU

Plus récemment accentuation du déficit

- financement de la RTT dans les hôpitaux
- revalorisation des honoraires de médecins libéraux

Tandis que le gouvernement refuse d'augmenter les recettes

Déficit : historique et enjeux

- Sur les 40 dernières années les dépenses de santé ont augmenté plus que l'évolution du PIB* : **pourquoi ?**

- progrès médical et utilisation de techniques plus performantes
- progrès médical et technique, source de l'allongement de la durée de vie
- il est donc prévisible que les dépenses de santé vont augmenter de manière plus importante que le PIB
- la finalité des dépenses c'est la santé : dans ce sens la santé est un facteur de croissance durable

Enjeux

- la tendance à la hausse des dépenses de santé est incontestable : elle exige un débat de société sur la part des richesses à leur consacrer
- elle justifie la nécessité d'une réforme du financement de la Sécurité Sociale

* PIB : somme des richesses créées dans le pays (son évolution détermine la croissance)

Les réformes voulues par le Medef et le gouvernement



PROPOSITIONS d'inspirations libérales :

- Couverture Maladie Généralisée (CMG) constituée de :
 - L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO)
 - L'Assurance Maladie Complémentaire de Base (AMCB)
- Définition d'un panier de soin couvert par la CMG.
- Reste à charge de l'assuré couvert par une sur-complémentaire qui va attiser les convoitises et les appétits financiers des assurances et autres fonds de pension.
- Aide à l'achat de l'Assurance Maladie Complémentaire obligatoire de Base (AMCB) .

Les réformes voulues par le Medef et le gouvernement *(suite)*

- Optimisation des dépenses de santé
- Remise en cause du fondement et de la conception de la Sécurité Sociale
- **ACCROISSEMENT DES INEGALITES**

SANTE = DROIT FONDAMENTAL

- **Couverture Sociale de haut niveau**
- **Réponse aux besoins**
- **Égalité d'accès**

**LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE
DEVRAIT ETRE UNE PERSPECTIVE DE PROGRES**

PROPOSITIONS

- Assurer l'égalité d'accès aux meilleurs soins.
- Assurer la qualité des soins.
- Développement des missions de prévention et d'éducation sanitaire.
- Démocratisation.



FINANCEMENT DES PROPOSITIONS

Les moyens existent :

- Arrêt des exonérations.
- Retour des taxes tabacs/alcool à la Sécurité Sociale.
- Contribution sur les revenus financiers.
- Augmentation des salaires.
- Développement de l'emploi stable.
- Réforme de fond du taux de cotisation des entreprises pour ne pas pénaliser les entreprises à forte main d'œuvre avec élargissement de l'assiette des cotisations à l'ensemble des éléments de rémunération (primes, intéressement, stock options...).



Aujourd'hui :

Sécurité sociale = solidarité nationale

Régime général : 76 % des dépenses

Financement : salaire socialisé + CSG

Régime complémentaire : à la charge des assurés

Objectifs du MEDEF :

- ❏ Remise en cause des principes fondateurs de la sécurité sociale
- ❏ Remise en cause des cotisations sociales obligatoires (salaire socialisé)
- ❏ Définition d'un panier de soins
- ❏ Mise en place de l'Aide Médicale obligatoire et de l'Aide Médicale Complémentaire de Base

Aujourd'hui :

Le déficit de l'assurance maladie est en partie structurel :
une étude de la CGT* estime cette part de l'ordre de 50 %
et non de 75 % comme le dit un document du ministère des
finances !

**Une croissance forte basée sur le développement de l'emploi exercerait
un impact puissant sur l'équilibre financier de la sécurité sociale**

**Il est nécessaire de réaliser une réforme du financement de la sécurité
sociale, fondée notamment sur un élargissement de l'assiette
des cotisations patronales**

**La CGT propose de développer une politique ambitieuse
de la prévention, centrée sur la santé au travail**

* étude des Activités économiques de la CGT

DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE

CONJONCTUREL
OU
STRUCTUREL ?

QUELQUES DEFINITIONS

Déficit conjoncturel : lié à la conjoncture économique

↳ le déficit de l'assurance maladie s'explique par la faiblesse de la croissance économique et le fort taux de chômage

Déficit structurel : indépendant de la conjoncture économique

↳ le déficit de l'assurance maladie s'explique alors par la une hausse des dépenses de santé supérieure à celle des recettes

HYPOTHESE DE LA DIRECTION DE LA PREVISION DU MINISTERE DES FINANCES

Seul un quart du déficit de la CNAM est imputable à la conjoncture => les trois quart du déficit seraient donc d 'origine structurelle

Cette hypothèse n'est pas fortuite

Elle minimise le rôle de la faiblesse de la croissance économique et de la montée du chômage dans le déficit de l 'assurance maladie

↪ C 'est un rejet implicite des discours qui subordonnent le redressement des comptes à une politique de plein emploi et au retour à une croissance économique pérenne

DES HYPOTHESES DISCUTABLES

La direction de la prévision table sur une croissance de 2.5% par an mais **ne dit rien quant au taux ce chômage**

↳ Or, le PIB n'est pas le même suivant que le taux de chômage est de 6 ou de 3%, ce qui peut modifier considérablement le montant du déficit

Selon cette hypothèse la part du solde structurel dans le déficit global était de 90.7% en 2002 et de 74.2% en 2003

D'AUTRES HYPOTHESES SONT POSSIBLES...

- **Un taux de chômage plus faible**, correspondant au plein emploi, soit 3% de la population active
- **Des gains de productivité supérieurs** => croissance annuelle de 2.5% (et non de 1.8%)
- **Une hausse de la part des salaires dans la valeur ajoutée** (le taux actuel de 58% étant historiquement bas)

D'AUTRES HYPOTHESES SONT POSSIBLES... (suite)

→ Une estimation du déficit sur l'ensemble du régime général de la sécurité sociale => le déficit de l'assurance maladie ne veut rien dire car à l'exception des cotisations, les recettes sont affectées à chaque branche selon des règles arbitraires et variables d'un Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale à l'autre

**D'AUTRES HYPOTHESES
SONT POSSIBLES...
MONTRANT UNE PART
PLUS IMPORTANTE
DU DEFICIT
CONJONCTUREL...**

→ Avec un taux de croissance de 3% et une estimation du déficit de l'ensemble du régime général

↳ la part du solde structurel dans le déficit global du régime général aurait été de 67% en 2002 et de 32.8% en 2003

UNE PART PLUS IMPORTANTE DU DEFICIT CONJONCTUREL...

→ En comparant les écarts entre les prévisions du Projet de Loi 2003 et ses réalisations

↳ l'aggravation du déficit résulte pour 73% d'une perte des recettes directement liée à la conjoncture et seulement pour 26.9% dans la hausse des dépenses => intéressant puisque les prévisions du Projet de Loi étaient basées sur l'hypothèse de la Direction de la Prévision d'un taux de croissance de 2.5%

UNE PART PLUS IMPORTANTE DU DEFICIT CONJONCTUREL

→ Avec un taux de croissance de 3% et une situation de plein emploi

↪ la part du solde structurel dans le déficit global aurait été non significatif en 2002 et de 20.8% en 2003

CONCLUSIONS...

- ❑ La part du structurel dans le déficit est moins importante que dans l'étude de la Direction de la Prévision => une estimation prudente conduit à la situer à 50%, non à 75%
- ❑ Il existe néanmoins une **part significative du structurel dans le déficit** de l'assurance maladie => le retour de la croissance ne résout donc pas à lui seul le problème de déficit
- ❑ Une croissance forte basée sur le développement de l'emploi exercerait un **impact fort sur l'équilibrage financier de la sécurité sociale**

DE CE FAIT, LA CGT PROPOSE

De consolider le rôle de la **sécurité sociale** dans les réformes à entreprendre

De lui donner les moyens de répondre aux **besoins sanitaires et sociaux croissants des populations**, en

Elargissant l'assiette des cotisations à l'ensemble des revenus du travail et du capital

Modulant le taux de cotisation suivant la masse salariale et la gestion financière de l'entreprise

Un rôle s'inscrivant dans une **conception élargie de la santé**

Incluant la **prévention**

Tenant compte des **besoins de l'individu dans son environnement de vie et de travail** (cadre de vie, conditions de travail, degré d'isolement social et familial)

LE SECTEUR HOSPITALIER

Les enveloppes fermées

HISTORIQUE DU FINANCEMENT DES HOPITAUX

- **Avant 1984**

Financement au prix de journée

- **Depuis 1984**

Instauration du budget global

Dotation budgétaire globale qui évolue suivant un taux annuel directeur en déconnexion avec le volume d'activité des hôpitaux.

LE PMSI

Programme médicalisé des systèmes d'information

- vise à établir des coûts moyens par groupe homogène de malades (GHM)
 - Chaque GHM se voit attribuer un nombre de points ISA
 - => Construction d'une échelle classant les GHM par coût moyen par séjour
 - Dès 1996, le PMSI était sensé servir de base à la dotation budgétaire



LIMITES DU PMSI

- Le PMSI est centré sur la pathologie (Groupe Homogène de Malades).
Or, ce critère n'est pas pour de nombreuses spécialités l'élément explicatif des coûts.
- Ainsi, le PMSI ne tient pas compte de :
 - la complexité des soins infirmiers,
 - la prise en charge sociale des maladies chroniques,
 - les états de dépendances et de perte d'autonomie.
- ↪ **Outil déconnecté de l'activité des spécialités sortant du MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique),
telles que le long séjour, la psychiatrie, la gériatrie, en fait les activités ayant une dimension sociale forte.**

CONSEQUENCES DU BUDGET GLOBAL

- ↪ Baisse de la durée moyenne de séjour
- ↪ Hausse des taux de rotation et d'occupation des lits
- ↪ Fermeture de lits d'hospitalisation
- ↪ Intensification du travail infirmier
- ↪ Spécialisation des hôpitaux vers les activités les mieux décrites par le PMSI
- ↪ Concurrence entre services internes des hôpitaux pour l'attribution du budget
- ↪ Transferts de prestations vers l'ambulatoire et le privé lucratif
- ↪ Externalisation de services techniques et logistiques

LA TARIFICATION A L'ACTIVITE (T2A)

- Les activités de soins du **MCO** seront **financées à l'activité**. Un **tarif**, opposable aux hôpitaux publics et privés, sera affecté par groupe homogène de séjour (GHS)
- **Certaines activités jugées prioritaires** (urgence, soins palliatifs, réanimation, ...)
auront un **financement mixte** : forfait + tarification à l'activité
- Les missions d'intérêts générale et de **contractualisation** seront financé par une **enveloppe globale** : le **MIGAC**
- **Les spécialités autres que le MCO** resteront sous **budget global**

PROBLEMES POSES PAR LA T2A

◆ Difficultés de mise en œuvre

- Réactiver la chaîne de facturation
- Produire les données PMSI en temps réel
- Moderniser les services informatiques hospitaliers

◆ La T2A reste fondée sur le découpage en GHM (appelés GHS) => seul l'aspect techniciste du soin reste valorisé

=> **risque de spécialisation accrue des structures**

◆ Concurrence entre hôpitaux publics et privés : ceux dont les coûts seront supérieurs au tarif devront réduire leurs coûts

sous peine d'être déficitaires

◆ Porte ouverte aux assureurs

LE SECTEUR AMBULATOIRE

La protocolisation

LA PROTOCOLISATION

Mise en place pour **garantir la qualité des prestations.**

Elle vise à réunir face à une pathologie donnée, des experts qui définissent, dans le cadre de conférences de consensus, le processus le plus coût/efficace pour traiter

cette pathologie. Face à un cas similaire, les praticiens devront appliquer le protocole de soins défini par les experts.

↳ Mise en place des **Références Médicales Opposables** (RMO) en 1993



BILAN DE LA PROTOCOLISATION

Un échec :

- ↪ Peu de médecins respectent les RMO
- ↪ Ce non respect n'est pas sanctionné

Pourquoi ?

- L'absence d'adhésion des médecins (processus démocratique restreint)
- Le caractère opposable des références médicales
- Logique techniciste, trop centrée sur la pathologie, niant les incidences de l'environnement social, professionnel et familial de l'individu
- Nie la part d'incertitude intrinsèque à la médecine



PROPOSITIONS DE LA CGT

Renouveau de la sécurité sociale

Une santé de qualité

DE LA PERTINENCE DE LA MAÎTRISE DES DEPENSES DE SANTE...

Un bilan plus que mitigé **à l'hôpital...**

- Fermeture massive des lits d'hospitalisation.
Fermeture d'hôpitaux et d'équipement de proximité
- Engorgement des services d'urgence
- Pénurie des professionnels de santé, notamment hospitaliers
- Glissement des missions de soins vers des missions administratives (évaluation, encodage des données PMSI, accréditation, ...)

DE LA PERTINENCE DE LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE...

Qui concerne aussi **l'ambulatoire**

- Hausse en volume des prescriptions diagnostiques et médicamenteuses
- Inégalités des revenus entre spécialités
- Hausse du nombre de médecins exerçant en secteur 2 (dépassement d'honoraires autorisé)
- Couverture disparate du territoire générant une inégalité dans l'accès aux soins
- Manque de concertation avec les autres professionnels du secteur et avec l'hôpital
- Pas de vision globale de la prise en charge du patient.

... A LA QUESTION DES RECETTES OUBLIEES

La question des recettes est minimisée dans le discours gouvernemental.

Est minimisé

- Le fait que le financement de la sécurité sociale repose sur la masse salariale => dépend de l'emploi et du maintien de la croissance
- Le dynamisme du secteur sanitaire dans l'économie française, notamment en terme d'emploi

LA CGT PROPOSE...

Concernant **le secteur hospitalier**

- Mise en place urgente d'un **plan emploi - formation** afin de pallier les pénuries d'effectifs à venir
- Promotion de **procédures de fonctionnement démocratiques** où sera associé l'ensemble des personnels hospitaliers
- **Renforcement du service hospitalier public** dans le système de soins
- **Financement à l'activité mais basé sur des indicateurs autres que le PMSI**, qui seraient représentatifs de la totalité des coûts des structures
- **Place à part entière de l'assurance maladie dans les instances chargées de négocier avec les hôpitaux** (les dépenses hospitalières représentant 45% des dépenses de la branche)

LA CGT PROPOSE...

Concernant **le secteur ambulatoire**

- ➔ Redonner à l'assurance maladie sa **pleine capacité de négociation et d'intervention** auprès des professionnels libéraux, pour
 - ↳ Assurer une régulation concertée et maîtrisée du système
 - ↳ Rechercher les conditions permettant l'accès à tous des meilleurs soins au meilleur coût

.../...

LA CGT PROPOSE

Concernant **le secteur ambulatoire** (suite)

- **Amorcer une réflexion** avec les professionnels, concernant
 - ↪ **La valorisation du niveau de rémunération** en lien avec la qualification, le degré de responsabilités des praticiens et la complexité de l'acte réalisé
 - ↪ Les modalités relatives à la **promotion de** la formation continue, l'aide au diagnostic et à la prescription, les bonnes pratiques professionnelles et l'évaluation
 - ↪ **Une répartition plus équilibrée** des médecins sur le territoire
 - ↪ L'incitation à la coordination des soins et **au travail en réseau**

PERIMETRE DES SOINS

PERIMETRE DE SOINS

- Représente l'ensemble des produits, actes de soins, d'analyse et de diagnostic, qui font l'objet d'une prise en charge totale ou partielle par l'assurance maladie.
- Ce périmètre n'est pas immuable, il évolue avec
 - Le progrès technologique et médical
 - Les besoins des populations

DELIMITATION DU PERIMETRE DE SOINS

- **La Sécurité**

Les prestations ne doivent pas être dangereuses pour le patient

- **L'utilité**

Les nouvelles prestations doivent modifier positivement l'état de santé du patient

- **L'efficacité**

Les prestations doivent avoir un effet concret et mesurable sur l'état de santé du patient

- **L'efficience**

Vise à sélectionner les prestations dont l'efficacité et l'utilité sont les plus élevées pour un moindre coût

PERTINENCE DES CRITERES

- La sécurité, l'efficacité et l'utilité ne posent pas de problèmes : ce sont des critères scientifiques.
- L'efficacité peut conduire dans certains cas à des choix politiques.

Critères Coûts	+	-
+	Choix politique	On la refuse
-	On l'accepte	Rationnement

L'UTILITE COLLECTIVE, CRITERE INACCEPTABLE...

- L'**utilité collective** est différente de l'utilité intrinsèque des prestations
 - ↳ Elle relève de choix politiques ou de société qui visent à définir des priorités entre des prestations qui sont tout à la fois sûres, efficaces et utiles

Ainsi, comme le cite **le Haut conseil** : *tout ce qui est utile ne doit pas pour autant être pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Il est possible et légitime de fixer, par un choix collectif, un niveau d'utilité qui justifiera l'intervention publique*

L'UTILITE COLLECTIVE, CRITERE INACCEPTABLE...

Le critère d'utilité collective pose la **question**
des critères et des modalités d'un tel choix collectif

- ↳ **Qui** va juger que le traitement de telle pathologie n'est pas utile à la collectivité : experts, professionnels de santé, représentants d'usagers, assurance maladie, gouvernement, les populations par référendum, ... ?
- ↳ **Sur quels critères** vont-ils bâtir cette décision : le nombre de patients atteints, leur âge, l'incidence du comportement sur l'occurrence de la pathologie, l'impact favorable du traitement sur l'état de santé, ... ?

L'UTILITE COLLECTIVE, CRITERE INACCEPTABLE...

Ce critère d'utilité collective n'est pas acceptable

- ↪ Il s'inscrit dans une **démarche subjective**
- ↪ Il pose des **problèmes éthiques**, puisqu'il revient à donner des coûts différenciés à la vie humaine (suivant que l'on rembourse certains actes ou non, sachant que ces derniers sont efficaces, utiles et efficients, au sens strict du terme)

L'UTILITE COLLECTIVE, CRITERE INACCEPTABLE

Le recours à des évaluations périodiques, permettrait de **légitimer la construction d'un nouveau périmètre de soins sur des bases objectives**, par la sélection des prestations les plus coût/utiles, coût/efficaces

Une seule priorité doit guider les décisions

↪ **Se donner les moyens de répondre aux besoins sanitaires des populations sans sélection, ni discrimination, ni inégalité de traitement**

PLURIDISCIPLINARITE

une notion clé

- Elle concerne
 - les critères d'évaluation (sécurité, efficacité, utilité, efficience)
 - le mode de fonctionnement du système de protection sociale
 - le mode d'organisation du système de soins (réseau)
- Elle est nécessaire à cause
 - de l'augmentation des maladies chroniques (cancer)
 - du vieillissement de la population (dépendance)
 - du progrès technologique (dépistage précoce des maladies)

DEFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE

CONJONCTUREL
OU
STRUCTUREL ?

QUELQUES DEFINITIONS

Déficit conjoncturel : lié à la conjoncture économique

↳ le déficit de l'assurance maladie s'explique par la faiblesse de la croissance économique et le fort taux de chômage

Déficit structurel : indépendant de la conjoncture économique

↳ le déficit de l'assurance maladie s'explique alors par la une hausse des dépenses de santé supérieure à celle des recettes

HYPOTHESE DE LA DIRECTION DE LA PREVISION DU MINISTERE DES FINANCES

Seul un quart du déficit de la CNAM est imputable à la conjoncture => les trois quart du déficit seraient donc d 'origine structurelle

Cette hypothèse n'est pas fortuite

Elle minimise le rôle de la faiblesse de la croissance économique et de la montée du chômage dans le déficit de l 'assurance maladie

↪ C 'est un rejet implicite des discours qui subordonnent le redressement des comptes à une politique de plein emploi et au retour à une croissance économique pérenne

DES HYPOTHESES DISCUTABLES

La direction de la prévision table sur une croissance de 2.5% par an mais **ne dit rien quant au taux ce chômage**

↳ Or, le PIB n'est pas le même suivant que le taux de chômage est de 6 ou de 3%, ce qui peut modifier considérablement le montant du déficit

Selon cette hypothèse la part du solde structurel dans le déficit global était de 90.7% en 2002 et de 74.2% en 2003

D'AUTRES HYPOTHESES SONT POSSIBLES...

- **Un taux de chômage plus faible**, correspondant au plein emploi, soit 3% de la population active
- **Des gains de productivité supérieurs** => croissance annuelle de 2.5% (et non de 1.8%)
- **Une hausse de la part des salaires dans la valeur ajoutée** (le taux actuel de 58% étant historiquement bas)

D'AUTRES HYPOTHESES SONT POSSIBLES... (suite)

→ Une estimation du déficit sur l'ensemble du régime général de la sécurité sociale => le déficit de l'assurance maladie ne veut rien dire car à l'exception des cotisations, les recettes sont affectées à chaque branche selon des règles arbitraires et variables d'un Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale à l'autre

**D'AUTRES HYPOTHESES
SONT POSSIBLES...
MONTRANT UNE PART
PLUS IMPORTANTE
DU DEFICIT
CONJONCTUREL...**

→ Avec un taux de croissance de 3% et une estimation du déficit de l'ensemble du régime général

↳ la part du solde structurel dans le déficit global du régime général aurait été de 67% en 2002 et de 32.8% en 2003

UNE PART PLUS IMPORTANTE DU DEFICIT CONJONCTUREL...

→ En comparant les écarts entre les prévisions du Projet de Loi 2003 et ses réalisations

↳ l'aggravation du déficit résulte pour 73% d'une perte des recettes directement liée à la conjoncture et seulement pour 26.9% dans la hausse des dépenses => intéressant puisque les prévisions du Projet de Loi étaient basées sur l'hypothèse de la Direction de la Prévision d'un taux de croissance de 2.5%

UNE PART PLUS IMPORTANTE DU DEFICIT CONJONCTUREL

→ Avec un taux de croissance de 3% et une situation de plein emploi

↪ la part du solde structurel dans le déficit global aurait été non significatif en 2002 et de 20.8% en 2003

CONCLUSIONS...

- ❑ La part du structurel dans le déficit est moins importante que dans l'étude de la Direction de la Prévision => une estimation prudente conduit à la situer à 50%, non à 75%
- ❑ Il existe néanmoins une **part significative du structurel dans le déficit** de l'assurance maladie => le retour de la croissance ne résout donc pas à lui seul le problème de déficit
- ❑ Une croissance forte basée sur le développement de l'emploi exercerait un **impact fort sur l'équilibrage financier de la sécurité sociale**

DE CE FAIT, LA CGT PROPOSE

De consolider le rôle de la **sécurité sociale** dans les réformes à entreprendre

De lui donner les moyens de répondre aux **besoins sanitaires et sociaux croissants des populations**, en

Elargissant l'assiette des cotisations à l'ensemble des revenus du travail et du capital

Modulant le taux de cotisation suivant la masse salariale et la gestion financière de l'entreprise

Un rôle s'inscrivant dans une **conception élargie de la santé**

Incluant la **prévention**

Tenant compte des **besoins de l'individu dans son environnement de vie et de travail** (cadre de vie, conditions de travail, degré d'isolement social et familial)

La mobilisation est nécessaire... nous sommes tous concernés

- Prendre conscience des enjeux et de la gravité du projet

- Organiser les mobilisations unitaires avec tous les actifs et les retraités dans tous les secteurs

- élargir le rapport de force en faisant des syndiqués-ées



