

UNE SÉCURITÉ SOCIALE INTÉGRALE : OUI LE FINANCEMENT EST POSSIBLE



Dans le cadre de ses propositions pour une Sécurité sociale du XXI^e siècle, la CGT met en débat un projet de Sécurité sociale intégrale avec l'objectif d'un 100 % Sécu, avec un seul collecteur et payeur : la Sécurité sociale.

Quand nous développons ces propositions, ce sont celles d'une Sécurité sociale intégrale répondant aux besoins en matière de santé mais, au-delà, de la famille, de la retraite, de l'autonomie, des personnes âgées comme celles en situation de handicap, et pourquoi pas demain de chômage, de logement social, de formation professionnelle continue, reliant ainsi notre conception de Sécurité sociale professionnelle et notre 100 % Sécurité sociale.

La Sécurité sociale du XXI^e siècle pourrait ainsi inclure la garantie d'un revenu de substitution en cas de perte d'emploi, un droit à l'évolution professionnelle par l'accès à la formation continue.

La CGT est engagée dans une campagne ambitieuse pour la reconquête de la Sécurité sociale. Elle s'appuie sur les principes fondateurs de la Sécurité sociale que sont la solidarité et l'universalité des droits. Apte à répondre aux besoins des personnes, quel que soit leur âge ou leur situation professionnelle, et en intégrant de nouveaux besoins non encore couverts aujourd'hui.

Cet objectif est-il réaliste ? Notre réponse est oui. Nous allons essayer de montrer comment.

Sauf mention contraire, l'ensemble de notre démonstration s'appuie sur les comptes publiés tous les ans par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) placée sous la tutelle du ministère de la Santé¹.

LA SITUATION ACTUELLE : UN RESTE À CHARGE DES MÉNAGES DE 20 % EN MOYENNE, MAIS AVEC DE FORTES DISPARITÉS SELON LA NATURE DES SOINS

La communication gouvernementale fait état d'une baisse régulière du « reste à charge » supporté par les ménages, c'est-à-dire de la part des dépenses de santé que ces derniers financent sur leur propre budget. D'après les comptes de la santé 2018 portant sur l'année 2017, ce reste à charge s'établirait à 7,5 %, contre 7,6 % en 2016. Il était de près de 9,5 % en 2008.

UN RESTE À CHARGE QUI VA DE 6 % À L'HÔPITAL PUBLIC À 96 % POUR L'OPTIQUE

	AMO	État et CMUC	Complémentaires	Ménages	RAC ménages (complémentaires + ménages)
Soins hospitaliers	91,6 %	1,3 %	5,1 %	2,0 %	7,1 %
Hôpitaux du secteur public	92,5 %	1,5 %	4,7 %	1,3 %	6,0 %
Hôpitaux du secteur privé	88,7 %	0,6 %	6,5 %	4,3 %	10,8 %
Soins ambulatoires	65,8 %	1,7 %	20,3 %	12,3 %	32,5 %
Soins de ville	65,1 %	2,0 %	21,3 %	11,5 %	32,8 %
Médecins	69,4 %	2,1 %	18,7 %	9,8 %	28,5 %
auxiliaires médicaux	79,3 %	0,8 %	11,2 %	8,7 %	19,9 %
Dentaire	33,2 %	3,7 %	40,9 %	22,2 %	63,1 %
Laboratoire d'analyse	70,2 %	2,2 %	23,5 %	4,1 %	27,6 %
Transports sanitaires	93,0 %	1,0 %	3,5 %	2,4 %	6,0 %
Médicaments	72,7 %	1,7 %	12,6 %	13,0 %	25,6 %
Autres biens médicaux	44,6 %	0,8 %	38,2 %	16,4 %	54,6 %
Dont optique	4,0 %	0,0 %	73,0 %	23,0 %	96,0 %
CSBM	77,8 %	1,5 %	13,2 %	7,5 %	20,7 %
Indemnités journalières	73,6 %	0,0 %	26,4 %	0,0 %	26,4 %

1. Panorama de la Drees, « Les dépenses de santé en 2017, résultats des comptes de la santé », Édition 2018.

DE LA DÉPENSE REMBOURSÉE À LA CSBM							
	Dépense remboursée	Ticket modérateur et franchises	Dépense reconnue	Dépassements	Dépense présentée au remboursement	Dépense non-remboursable	CSBM
Soins hospitaliers	86,3	5,0	91,3	1,0	92,3	0,5	92,8
Soins hospitaliers secteur public	67,2	4,3	71,5	0,0	71,5	0,0	71,5
Soins hospitaliers secteur privé	19,1	0,7	19,8	1,0	20,8	0,5	21,3
Soins de ville	35,9	7,5	43,4	7,2	50,6	2,8	53,4
Soins des médecins	15,2	3,5	18,7	2,2	20,9	0,4	21,3
Soins auxiliaires médicaux	12,7	2,0	14,7	0,1	14,8	1,0	15,8
Soins dentaires	4,2	0,7	4,9	5,0	9,9	1,4	11,3
Laboratoires d'analyse	3,2	1,2	4,4	0,0	4,4	0,0	4,4
Autres	0,7		0,7	0,0	0,7	0,0	0,7
Transports sanitaires	4,7	0,2	4,9	0,0	4,9	0,1	5,0
Médicaments	24,3	4,8	29,1	0,0	29,1	3,5	32,6
Autres biens médicaux	7,0	0,6	7,6	7,3	14,9	0,5	15,4
CSBM	158,2	18,1	176,3	15,5	191,8	7,4	199,2

Cette approche est contestable. Le reste à charge des ménages ne comprend pas seulement ce qu'ils payent « de leur poche », mais également les cotisations qu'ils versent aux organismes de protection sociale complémentaire.

En outre, cette baisse apparente masque le fait qu'une partie des patients – ceux atteints d'une ou de plusieurs maladies longues et coûteuses – voient leurs dépenses prises en charge à 100 %. Or, près de 70 % des assurés sociaux bénéficient d'une prise en charge en ALD (affections de longue durée). Pour ceux qui n'en bénéficient pas, le reste à charge est beaucoup plus important.

Pour la CGT, le reste à charge correspond à ce qui est acquitté directement par les ménages, mais aussi aux cotisations des complémentaires. Le reste à charge correspond ainsi à tout ce qui n'est pas pris en charge par notre Sécurité sociale solidaire.

QUEL BESOIN DE FINANCEMENT POUR UN REMBOURSEMENT À 100 % DES SOINS DE SANTÉ ?

Le tableau (page 1) permet de passer de la « dépense remboursée », c'est-à-dire ce qui est remboursé à l'assuré par la Sécurité sociale à la CSBM (consommation de services et biens médicaux), qui est l'agrégat correspondant à la totalité des dépenses de santé exposées par ce dernier. Ce tableau permet donc de reconstituer le reste à charge de l'assuré, qu'il soit pris en charge directement par le ménage, ou remboursé par la complémentaire.

Le ticket modérateur existait avant la création de la Sécurité sociale. Il est censé modérer la consommation médicale. Il est calculé sur la base du tarif opposable de la Sécurité sociale (hors dépassements) : par exemple, il est de 30 % pour une consultation de généraliste. Ainsi, une consultation de 23 € ne sera remboursée à l'assuré qu'à hauteur de 70 % par la Sécurité sociale, soit 16,10 €.

Les franchises sont retenues sur le remboursement de la Sécurité sociale, par exemple le forfait d'1 €.

La somme de la dépense remboursée et du ticket modérateur s'appelle dépense reconnue : elle correspond au tarif opposable de la Sécurité sociale, c'est-à-dire au tarif sur la base duquel la Sécurité sociale rembourse l'assuré. Par exemple, pour une consultation de généraliste, la Sécurité sociale remboursera l'assuré sur la base de 23 €, même si le médecin a facturé la consultation 30 €.

La **dépense présentée au remboursement** tient compte des dépassements.

Enfin, certaines dépenses ne sont pas remboursables, car elles ne font pas partie de la nomenclature des actes reconnus par la Sécurité sociale. C'est le cas de certains examens, ou encore de l'homéopathie. Notons que certains soins dentaires ne figurent pas sur la nomenclature des actes de la Sécurité sociale, donc ne sont pas remboursables, par exemple les implants dentaires ou l'orthodontie. Si on les ajoute à la dépense présentée au remboursement, on obtient la CSBM qui correspond à l'ensemble des dépenses de santé (hors indemnités journalières et certaines dépenses comme les frais d'hébergement lors d'une hospitalisation).

À partir du tableau ci-dessus, il est possible de fournir une fourchette d'estimation des ressources que la Sécurité sociale devrait dégager pour permettre un remboursement à 100 % de la dépense remboursable.

Le ticket modérateur et les franchises (18,1 milliards d'euros) devraient être intégralement remboursés. Se pose toutefois la question de l'optique, qui aujourd'hui n'est quasiment pas prise en charge par la Sécurité sociale, ce qui explique en grande partie le niveau élevé du poste « autres biens médicaux » (il y a aussi l'audition, mais dans une moindre mesure, et les prothèses dentaires). Pour ces derniers, se pose la question de savoir s'il faudrait rembourser n'importe quels verres, et n'importe quelle monture de lunettes. Il faut également souligner l'importance des dépassements sur les soins dentaires, qui représentent plus de 50 % de la rémunération des dentistes. Enfin, la dépense non remboursable n'a pas vocation à être remboursée, mais la nomenclature

des actes pourrait être revisitée (en particulier en dentaire).

Sur la base de ce constat, le montant à financer serait au minimum de 18 milliards d'euros.

Les dépassements d'honoraires n'auraient pas vocation à être pris en charge, mais le taux de remboursement de l'optique augmenterait fortement pour tendre vers 100 % (le taux de remboursement de la Sécurité sociale est actuellement de 4 %), et certaines dépenses non remboursables le deviendraient (en dentaire notamment). Enfin, le taux de prise en charge des équipements médicaux augmenterait par rapport à son taux actuel (72 %)

À ces sommes, il, conviendrait d'ajouter :

- les compléments d'indemnités journalières financés actuellement par les complémentaires : 5,2 milliards d'euros ;
- Les frais d'hébergement en cas d'hospitalisation et frais annexes, également financés par les complémentaires : 1,7 milliard d'euros.

LA QUESTION DES FRAIS DE GESTION

Les frais de gestion sont modérés pour le régime général, mais au contraire très élevés pour les complémentaires.

En 2017, les frais de gestion du régime général se sont élevés à 7,4 milliards d'euros, alors qu'ils ont représenté 7,3 milliards pour les organismes complémentaires pris dans leur ensemble (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances commerciales)². En moyenne, ces frais de gestion représentent 20 % des cotisations perçues en complémentaire santé, mais seulement 4,4 % des prestations de l'assurance-maladie³.

Selon l'ACPR⁴, ces charges correspondent à 8 % des cotisations pour les frais d'administration, 4 % pour les

LE RÉGIME LOCAL D'ALSACE-MOSELLE, UNE PRÉFIGURATION DU 100 %

Au moment du retour de l'Alsace-Moselle à la France après la Première Guerre mondiale, le régime d'assurance-maladie obligatoire mis en place par Bismarck dans l'Empire allemand entre 1883 et 1889 a été maintenu.

En 1946, après la création de la Sécurité sociale par les ordonnances de 1945, le régime local a été maintenu, car plus favorable que le régime général. Un décret du 31 mars 1995 a stabilisé juridiquement le régime local, défini comme un régime « légal, complémentaire et obligatoire ».

Sont affiliés à ce régime les salariés exerçant une activité en Alsace-Moselle, les chômeurs, les bénéficiaires d'une pension ou d'une rente d'invalidité, les préretraités et retraités, les ayants droit. Il comprend 2,1 millions de bénéficiaires*.

Il offre des prestations plus favorables que le régime général (voir tableau ci-dessous).

* Source : régime local d'assurance-maladie d'Alsace-Moselle.

frais d'acquisition (publicité etc.) et 4 % pour les frais de gestion des sinistres.

Dans une Sécurité sociale « collecteur et payeur unique », une grande partie de ces frais disparaîtraient, il n'y aurait pour l'essentiel plus de coûts d'acquisition qui tiennent à une situation concurrentielle. Par ailleurs, ces coûts de gestion correspondent pour une grande part à la nécessité de financer le « coût du capital » (rémunération de actionnaires pour les assurances, mais aussi ratios prudentiels dit de Solvency 2⁵ pour l'ensemble des acteurs du secteur, financés pour partie sur les marchés financiers (titres obligataires ou hybrides comme les TSDI⁶).

DES PRESTATIONS PLUS FAVORABLES

	Régime général	Régime local	Total
Honoraires des médecins	70 %	20 %	90 %
Actes techniques < 120 €	60 %	30 %	90 %
Médicaments			
En « vignette bleue »	30 %	50 %	80 %
En « vignette blanche »	65 %	25 %	90 %
Frais de transport	65 %	35 %	100 %
Hospitalisation	80 %	20 %	100 %
Frais de cure thermale	80 %	20 %	100 %

Le régime est financé par une cotisation déplafonnée, proportionnelle aux salaires et retraites, uniquement salariale : il n'y a pas de cotisation employeurs.

Le taux de cotisation est fixé à 1,50 % depuis 1992.

2. Source : comptes de la santé.

3. 7,4 milliards d'euros de frais de gestion en 2017, rapportés à 158,2 milliards de dépenses remboursée + 14,5 milliards d'indemnités journalières.

4. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, qui contrôle les compagnies d'assurances (y compris mutuelles et institutions de prévoyance).

5. La directive européenne sur les assurances dite Solvency 2 impose à l'ensemble des assurances complémentaires de disposer de fonds propres proportionnels à leurs engagements : plus une mutuelle (ou une institution de prévoyance) garantit des prestations, plus elle doit constituer des fonds propres qui renchérisent ces frais de gestion. La Sécurité sociale n'est pas soumise à cette obligation car elle constitue un service public (un service d'intérêt général non économique dans le vocabulaire de l'Union européenne).

6. Titres subordonnés à dure indéterminée intermédiaires entre actions et obligations.

En première approximation, ces coûts de gestion pourraient être compris dans une fourchette de 0,5 % des prestations versées et des cotisations recouvrées, comme c'est le cas dans le régime d'Alsace-Moselle (soit 1 % au total), et une augmentation de 17 % tenant à l'élargissement de périmètre remboursé (1,5 milliard d'euros soit une baisse de 80 % par rapport aux coûts de gestion actuels des complémentaires). Notons que cette augmentation des frais de gestion serait nécessaire pour compenser les conséquences des diminutions d'effectifs considérables à la Sécurité sociale consécutive aux COG successives et pour faire face à une augmentation de l'activité, permettant également un transfert de personnels des complémentaires. L'hypothèse sous-jacente est que l'augmentation de l'emploi serait parallèle à la hausse de l'activité (augmentation des prestations services par la Sécurité sociale), ce qui représenterait près de 14 000 emplois nets. Les besoins de financement au total donc compris entre 30 et 35 milliards d'euros⁷.

COMMENT TROUVER LES RESSOURCES NÉCESSAIRES

Ces montants peuvent paraître importants, mais ils sont parfaitement finançables.

Leur financement s'inscrit dans les propositions globales de réforme du financement proposées par la CGT.

En particulier, 2 voies seraient à privilégier :

- une augmentation des cotisations employeurs (contrairement au régime local d'Alsace-Moselle qui est financé par une cotisation des salariés et retraités) ;
- une contribution assise sur les dividendes versés par les entreprises à leurs actionnaires.

UN RÉTABLISSEMENT DU TAUX DE COTISATION EMPLOYEURS À LA CNAM

La CGT s'est toujours opposée aux exonérations de cotisations sociales au profit des employeurs. Depuis les années 2000, celles-ci étaient comprises entre 25 et 30 milliards d'euros selon les années.

Les lois de financement de la Sécurité sociale 2018 et 2019 ont augmenté considérablement ces exonérations.

En particulier, le CICE – qui représentait un cadeau aux entreprises de près de 20 milliards d'euros par an – a été transformé en baisse de cotisations sociales, tandis que le plafond d'exonérations dites générales a été augmenté à 2,5 Smic et étendu aux cotisations de retraite complémentaire et d'assurance-chômage.

Cela s'est traduit par une réduction de 6 points des cotisations employeurs d'assurance-maladie soit une division par 2, tandis qu'aucune cotisation patronale n'était plus due au niveau du Smic, y compris pour les retraites complémentaires et l'assurance-chômage. La perte de recettes pour la Cnam est de 22,2 milliards d'euros⁸.

Sans oublier l'exonération de cotisations salariés sur les heures supplémentaires, environ 2,5 milliards d'euros.

Gagner l'égalité salariale entre Femmes et Hommes, c'est environ 5 milliards de cotisations supplémentaires pour la Sécu.

Soumettre à cotisations sociales la participation aux bénéfices et l'intéressement, environ 5 milliards.

Il serait donc possible de financer la sécurité sociale intégrale en diminuant ces exonérations et en rétablissant les cotisations employeurs supprimées.

CRÉER UNE CONTRIBUTION SOCIALE SUR LES DIVIDENDES VERSÉS AUX ACTIONNAIRES

L'autre voie serait de créer une contribution sociale sur les dividendes versés aux actionnaires.

En 2017, 280 milliards⁹ ont été versés par les entreprises à leurs actionnaires. Une contribution de 3 % sur ces dividendes permettrait de dégager près de 8,5 milliards d'euros (14 milliards d'euros avec une contribution au taux de 5 %).

Une combinaison de ces 2 mesures serait donc suffisante pour financer la Sécurité sociale intégrale, sur la base de montants compris entre 30 et 35 milliards d'euros.

Autant de données chiffrées qui montrent bien que des solutions existent. Il suffit de vouloir, ou plutôt, de faire le choix de politiques de progrès et de justice sociale.

7. Selon les hypothèses en matière de remboursement de dentaire, d'optique, d'audition et des autres équipements médicaux, et de frais de gestion. Ainsi, l'hypothèse haute correspond à un remboursement à 100 % de l'ensemble de l'optique, à une prise en charge de certaines dépenses dentaires non remboursées actuellement (implants par exemple), à une amélioration du taux de remboursement des équipements médicaux (implants, mais aussi par exemple fauteuils roulants et prothèses diverses), et à une augmentation de 1,5 milliard d'euros des frais de gestion de la Sécurité sociale.

8. Estimation de l'Acoss.

9. Source : Comptes de la nation publiés par l'Insee.

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

Bulletin de contact et de syndicalisation

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Âge : _____ Profession : _____

Entreprise (nom et adresse) : _____