

Courrier Fédéral

Bulletin d'information du Secrétariat de la fnic-cgt

543 du 22 janvier 2015

COMPRENDRE LES ENJEUX POUR NÉGOCIER

les complémentaires santé

Sommaire

- | | |
|--|-------|
| ● La couverture santé dans le monde | P. 4 |
| ● La santé dans le monde | P. 7 |
| ● Bref historique de la protection sociale en France | P. 9 |
| ● A la base : la création des richesses | P. 13 |
| ● La couverture santé en France | P. 15 |
| ● Loi de sécurisation : la nouvelle donne | P. 18 |

Imprimé par nos soins :
FNIC-CGT
263, rue de Paris
93514 Montreuil Cedex
Tél. 01.55.82.68.88
Fax. 01.55.82.69.15
<http://www.fnic.cgt.fr>
e-mail : fnic@cgt.fr
Directeur de Publication :
Carlos MOREIRA
ISSN : 0240 9259
N°CPPAP : 0318S06415
Mensuel : 2,74 €

Fédération Nationale des Industries Chimiques CGT



Chimie . Pharmacie (Industrie. Répartition. Droguerie. Officines. Lam.) . Pétrole . Caoutchouc . Plasturgie .
Navigation de Plaisance . Instruments à écrire . Négoce & prestations de services dans les domaines médico-techniques.

LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ EN QUESTION

Le 11 janvier 2013 était signé, par les patrons et la CFTC, la CFDT et la CFE-CGC, l'accord national interprofessionnel (ANI) dit « de sécurisation de l'emploi », de sinistre mémoire, et qualifié par la CGT de « coup de poignard » dans le dos des salariés.

En échange de **reculs sociaux immédiats et considérables**, l'ANI prévoyait des **avancées pour plus tard, peut-être, et pas pour tous**. La loi qui a découlé de l'ANI, du 14 juin 2013, a confirmé ce désastre, adopté, il faut le reconnaître, en l'absence de rapport de forces suffisant pour stopper la machine.

Outre le contenu du texte, totalement acquis à la **sécurisation**, non pas des emplois, mais des **profits**, se glissaient deux articles intitulés « *généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé* », vantés par les signataires et les chiens de garde médiatiques, comme un « *acte fort de justice sociale* » pour 1,3 million de salariés.

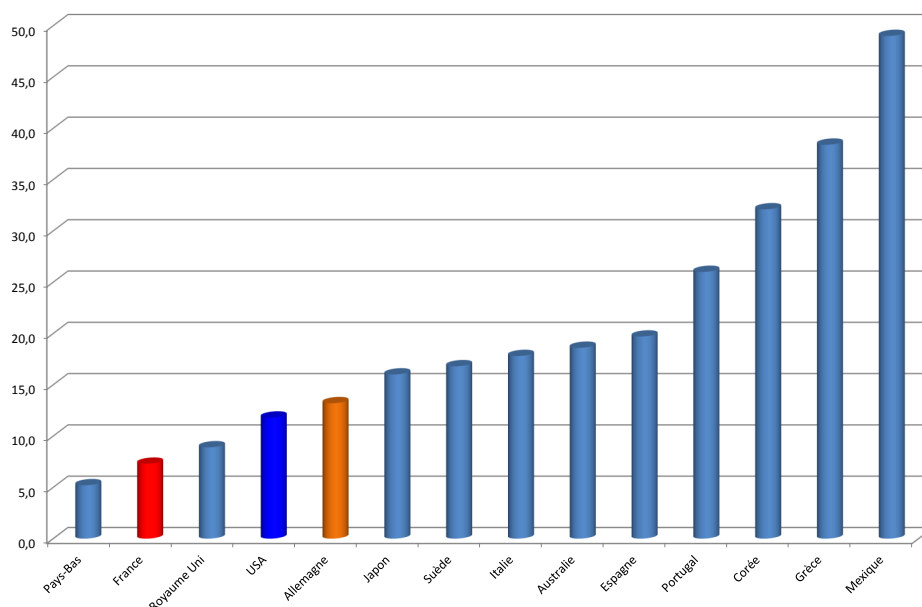
Quel est l'état des lieux sur cette question ? Quelles conséquences pour les salariés qui, aujourd'hui, ne sont pas couverts ? Y-a-t-il un risque de tirer vers le bas les dispositions existant dans les entreprises, cas de la majorité des salariés ? Pourquoi nous faut-il une complémentaire santé, quels en sont l'origine, le financement ? Comment et sur quels bases négocier un accord sur la complémentaire santé ?

Autant de questions auxquelles tente de répondre ce Courrier Fédéral, qui a pour but de donner des outils idéologiques aux syndicats sur un vaste enjeu de société, celui de la protection sociale.

LA COUVERTURE SANTÉ DANS LE MONDE

L'OCDE est l'organisation de coopération et de développement économiques, elle regroupe les pays développés.

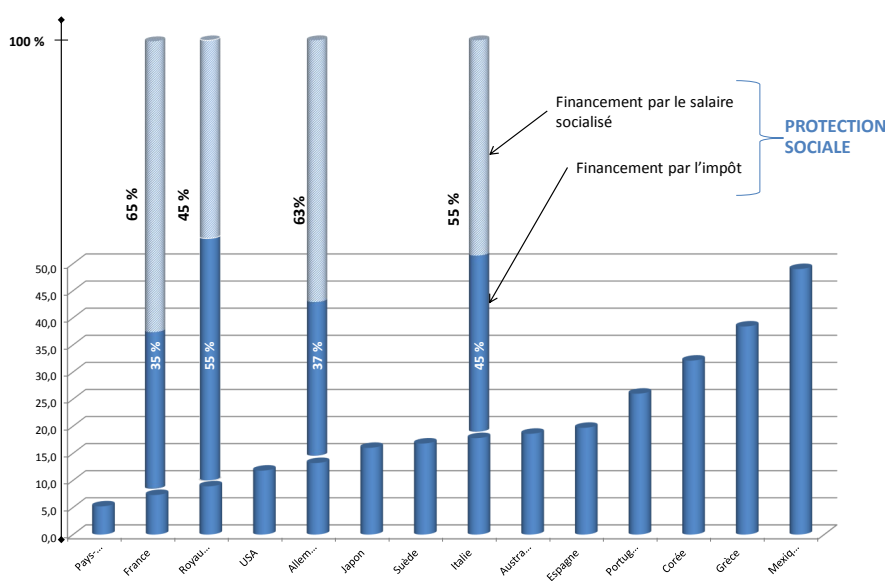
La France est l'un des pays où le « reste à charge » est le plus faible du monde.



Reste à charge dans les dépenses de santé OCDE

En partie basse, on a le même graphique que précédemment. En partie haute est représentée, pour les 4 pays européens les plus importants en termes de PIB, la part des dépenses de santé financées par la protection sociale du pays en question. Et dans cette part financée par la protection sociale, on a la répartition de la part financée par le salaire (partie hachurée), et celle payée par l'impôt (partie pleine).

Par exemple, dans les dépenses de santé au Royaume-Uni, le reste à charge pour les ménages est de 9 %, ce qui signifie que 91 % des dépenses de santé sont prises en charge collectivement. Dans ces 91 %, un peu plus de la moitié (55 %) proviennent d'un financement par l'impôt, le reste étant financé par le salaire socialisé (cotisation sociale).



Reste à charge dans les dépenses de santé OCDE

Or dans ce pays comme dans les autres pays de l'OCDE, y compris en France, l'essentiel de l'impôt est payé par les ménages, la part de l'impôt payé par les entreprises étant anecdotique. Si bien que, en première approximation, le coût réel des dépenses de santé supporté par les ménages est l'addition du « reste à charge » direct + la part de la protection sociale payée par l'impôt.

En prenant en compte cette répartition, on voit que le financement de la protection sociale en France reste majoritairement prélevé directement à la source sur les richesses produites, par l'intermédiaire du salaire socialisé, et non par la fiscalité, qui n'intervient qu'une fois le profit capitaliste réalisé.

Ce graphique montre pour plusieurs pays l'évolution des dépenses de santé par personne, qui ont été multipliées par sept en valeur absolue, en trente ans.

Les dépenses de santé d'un Américain sont le double d'un Européen.

Les dépenses de santé sont les plus élevées du monde aux Etats-Unis, mais aussi les plus inégalitaires. L'un des déterminants des inégalités d'accès au soins est le renoncement aux médicaments.

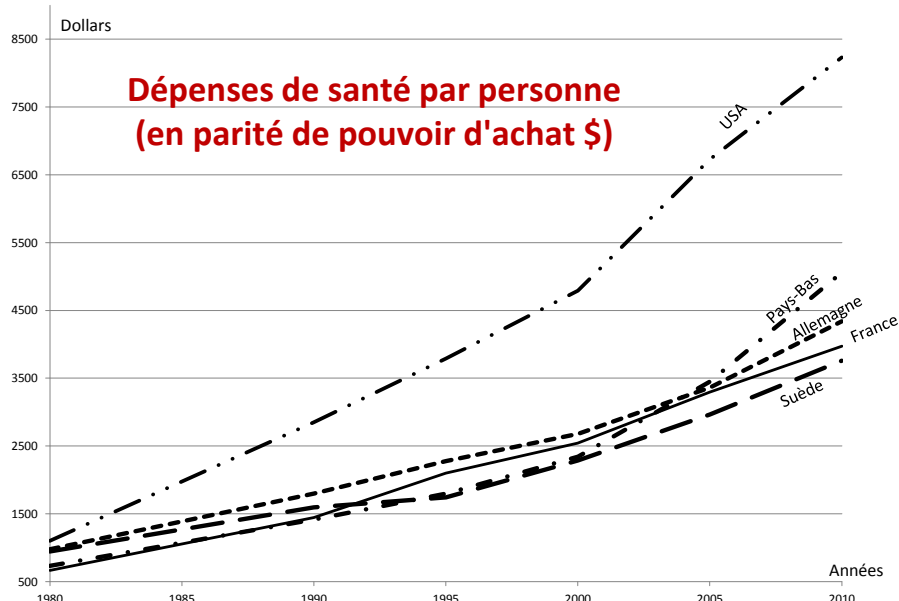
Aux Etats-Unis, le renoncement aux médicaments concerne 16 % de la population, soit 1 Américain sur 6. Le chiffre est identique pour le renoncement aux soins courants.

Ce chiffre de 16 % est une moyenne, il tombe à 14 % pour les militaires américains, qui bénéficient d'une protection sociale d'un niveau jugé « bon », mais il grimpe à 67 % pour les personnes et salariés qui n'ont pas d'assurance santé, qui sont au nombre de 32 millions aux USA (chiffres 2012).

D'autre part, avec une dépense de santé à parité de pouvoir d'achat, qui est le double des autres pays développés, on peut se demander si l'état de santé d'un Américain est deux fois meilleur qu'un Européen, ou en amélioration.

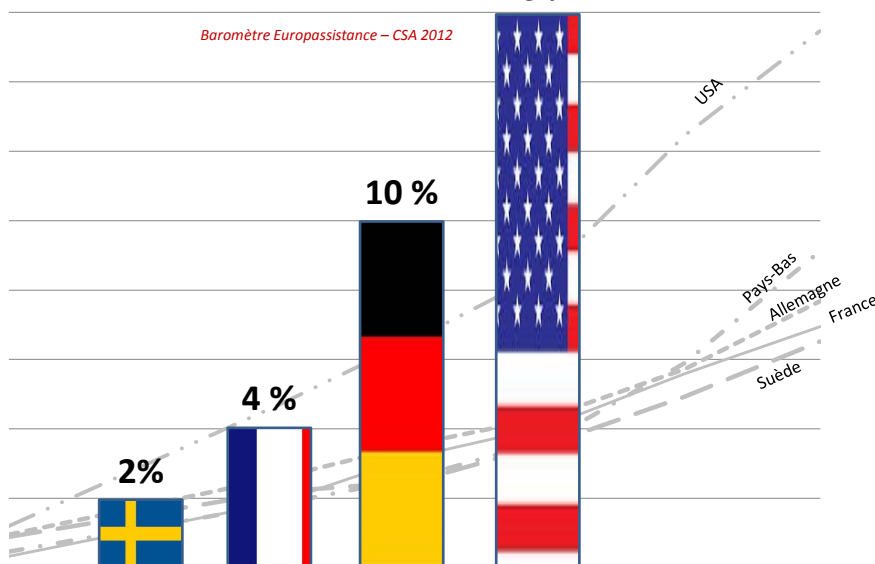
La réponse est non, plusieurs études le montrent. Par exemple, entre 1990 et 2010, les Etats-Unis sont passés de la 20^{ème} à la 27^{ème} place mondiale en matière d'espérance de vie. Même évolution pour le traitement contre le cancer, ou encore l'obésité. Pour rappel, près de 40 % des adultes américains sont obèses, un record mondial. La mortalité infantile aux Etats-Unis est en moyenne 30 % supérieure à celle observée en France. Mais dans les populations pauvres américaines, ce taux de mortalité infantile est le double de la moyenne, soit 9 morts pour 1000, plus proche des taux observés à Bombay que dans les pays industrialisés.

Dans ces conditions, on peut s'interroger : où passe l'argent de la santé américaine ? Faut-il voir un lien de cause à effet avec la privatisation généralisée de la santé aux USA ?



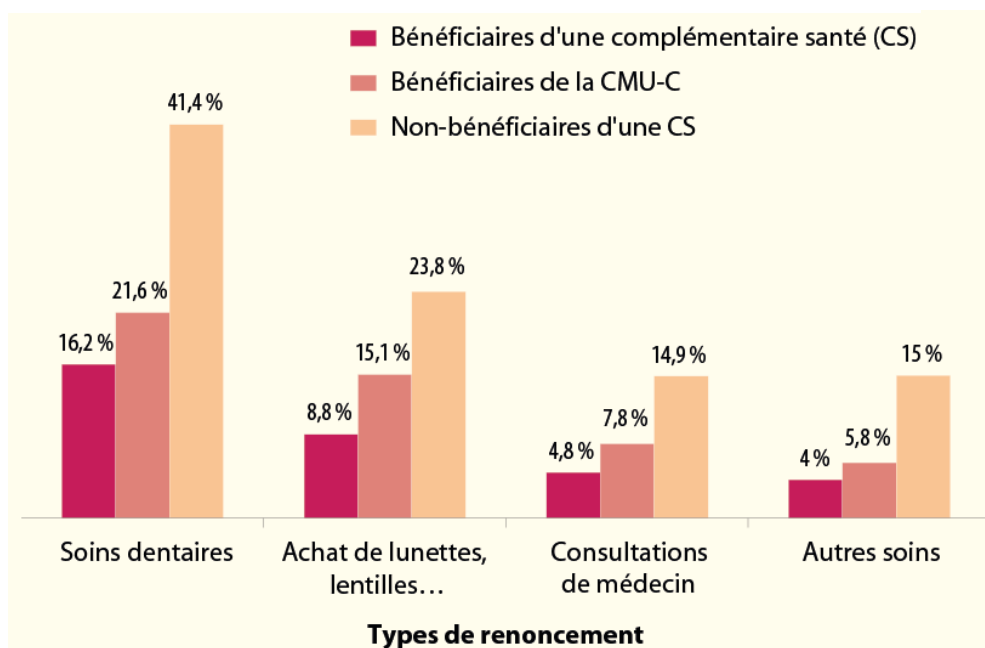
Renoncement aux médicaments

16 %



Renoncement aux soins : Détail par type de soins en France

Source IRDES, enquête 2012



Le renoncement aux soins est inégalitaire aussi en France, comme le montre ce graphique, selon que vous soyez bénéficiaires d'une complémentaire santé, que vous soyez bénéficiaire de la CMU complémentaire, donc pour des revenus faibles, ou que vous ne soyez bénéficiaire d'aucune couverture complémentaire à la Sécurité sociale.



LA SANTÉ DANS LE MONDE

Définition de la santé selon l'OMS (Organisation mondiale de la Santé)

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

Pour clore ce rapide tour d'horizon de la santé dans le monde, rappelons les huit déterminants relevés par l'OMS.



1 L'espérance de vie à la naissance a augmenté de 6 ans au niveau mondial depuis 1990

Un enfant né en 2011 peut espérer vivre en moyenne jusqu'à 70 ans – 60 ans dans les pays à faible revenu, 80 ans dans les pays à revenu élevé.

2 Près de 7 millions d'enfants de moins de cinq ans meurent chaque année : c'est 13 par minute, 24 h sur 24. Pratiquement tous ces enfants pourraient être sauvés s'ils avaient accès à des interventions simples et d'un coût abordable telles que l'allaitement au sein exclusif, des vaccins et des médicaments peu coûteux, de l'eau propre et des moyens d'assainissement.

Cette mortalité des enfants frappe d'abord les pays pauvres, ainsi que les pauvres des pays riches. Un enfant somalien a 30 fois plus de risques de mourir avant l'âge d'un an qu'un enfant français.



3 La prématurité est la principale cause de mortalité des nouveau-nés

Chaque année, 15 millions d'enfants – soit un enfant sur 10 – naissent prématurément, d'où des complications médicales entraînant plus d'un million de décès chaque année. Plus des trois quarts de ces vies d'enfants pourraient être sauvées au moyen de soins simples et d'un bon rapport coût/efficacité.

4 Les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause de décès dans le monde

Trois décès sur 10 dans le monde sont dus aux maladies cardio-vasculaires.



5 La plupart des décès dus au sida surviennent en Afrique

Près de 70 % des décès dus au sida en 2011 sont survenus en Afrique subsaharienne. Beaucoup de personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ne savent toujours pas si elles sont séropositives ou séronégatives à l'égard du virus du sida.



6 Chaque jour, près de 800 femmes meurent de complications de la grossesse et de l'accouchement

La mortalité maternelle est un indicateur sanitaire qui accuse des écarts importants entre riches et pauvres, tant entre les pays qu'à l'intérieur de ceux-ci.



7 Près de 3500 personnes décèdent des suites d'accidents de la circulation routière chaque jour.

8 Près d'un adulte sur 10 souffre de diabète

Les décès dus au diabète ont augmenté depuis l'an 2000, atteignant 1,4 million en 2011.



BREF HISTORIQUE DE LA PROTECTION SOCIALE EN FRANCE

Révolution – premier Empire

De la charité à l'assistance



**Déclaration universelle
des droits de l'homme
du 26 août 1789 :**

**« Les secours publics
sont une dette sacrée... »**

On peut définir la protection sociale comme l'ensemble des moyens mis en œuvre par une collectivité (communauté, groupe professionnel, collectivité territoriale, état...) pour protéger ses membres contre un certain nombre de risques de l'existence. Il s'agit donc, selon une approche de type économique, de transferts sociaux. L'ensemble de la collectivité prend à sa charge la couverture des risques subis par certains de ses membres.

Au Moyen-Age, la solidarité est organisée autour des collectivités (villages, familles...) et de plus en plus autour du travail (compagnonnage, corporations de métiers qui constituent des amicales).

Avec la monarchie absolue s'effectue un transfert de la solidarité des collectivités autonomes vers les pouvoirs centralisés, en particulier l'Eglise, mais aussi l'Etat.

Avec la Révolution française, le rôle prédominant de l'Etat s'affirme, caractérisé par :

- 1-une attaque contre les réseaux spontanés de solidarité, et le démantèlement des corporations, avec la loi Le Chapelier.
- 2-le remplacement de l'Eglise par la Nation dans la fonction traditionnelle d'assistance des indigents.

Ce droit d'assistance est fondé par le Comité de mendicité de l'Assemblée Constituante, sur un double principe, toujours actuel :

- ↳ Tout indigent a droit à l'assistance de la société.
- ↳ Un indigent est celui qui est dans l'impossibilité de travailler.

Ce double principe préfigure l'organisation future de la protection sociale autour du travail, seul créateur des richesses.

XIXème siècle

L'épargne individuelle

1818 – La Caisse Nationale d'Épargne et de Prévoyance

Le mouvement ouvrier se construit.

1895 – La Confédération Générale du Travail

La Mutualité

1898 – Charte de la Mutualité

1902 – Création de la FNMF

1928 – les assurances sociales



celle des retraites que le syndicalisme abandonne à peu près complètement, au profit de l'action collective et de la revendication. Au début de la IIIe République (1870), alors que la mutualité est dirigée par des notables, le mouvement syndical prend part à la révolution communarde.

Après la naissance de notre CGT en 1895, le syndicalisme s'oriente vers le syndicalisme révolutionnaire, alors qu'au même moment, la mutualité s'institutionnalise avec le vote en 1898 de la loi dite « Charte de la Mutualité », qui remplace le dispositif mis en place par Napoléon III par un système encore plus libéral.

L'ÉPARGNE INDIVIDUELLE : En 1818 est créée la Caisse d'Épargne, initiative privée du baron Gérando, relayée par l'homme d'affaires Delessert qui formule l'injonction : « *Tâchons de faire comprendre au peuple les bienfaits, on peut presque dire les miracles, de l'économie* ». Ainsi, le mouvement des caisses d'épargne et de prévoyance s'adosse dès le départ à la question du paupérisme et des mutations économiques et sociales du XIX^e siècle. La solution préconisée exclut toute prise en charge de la condition des plus modestes par l'État. L'effort doit être individuel, familial, et nécessite des comportements sains quant aux finances domestiques : tempérance, prévoyance, bref, une gestion « bon père de famille », préconisée pour mettre fin aux agissements immoraux alors prêtés aux classes populaires.

LA MUTUALITÉ : Au cours du 19^e siècle, malgré la loi Le Chapelier proscrivant syndicats et mutuelles, les deux se développent de manière concomitante et clandestine. Les travailleurs qui mettent en place les sociétés de secours mutuels pour pallier les dégâts sur la santé au travail, s'intéressent peu à peu à l'amélioration des conditions de travail, et se mettent à revendiquer. Il y a un essor conjoint entre syndicalisme et mutuellisme.

En 1852, le dictateur Napoléon III impose que les sociétés de secours mutuels soient soumises à autorisation, les syndicats restant interdits jusqu'en 1884 (loi Waldeck-Rousseau). Au travers de cet encadrement officiel des mutuelles, l'État impérial sait qu'il ouvre une brèche dans le mouvement social jusqu'alors unifié.

Désormais, la mutualité se spécialise dans la gestion de la couverture de la maladie et peu à peu, dans

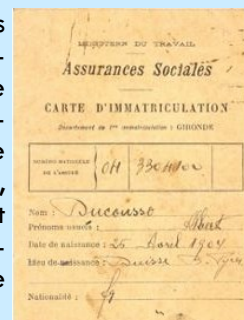
lise avec le vote en 1898 de la loi dite « Charte de la Mutualité », qui remplace le dispositif mis en place par Napoléon III par un système encore plus libéral.

Cette loi autorise la création de sociétés sur simple déclaration, et ouvre à la mutualité tous les champs d'activité de la protection sociale : assurance-vie, assurance-invalidité, retraite, œuvres sanitaires et sociales (dispensaires et pharmacies), allocations chômage. A partir de là, le mutuellisme est vu par le syndicalisme comme une compromission sociale avec la classe dominante, patronat et État.

En 1902 est créée la Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) qui revendique 3 millions d'assurés. La même année, la CGT compte 300.000 adhérents.

Prônant la collaboration de classes, la mutualité croit pouvoir assumer à elle seule la protection sociale en France, mais les énormes besoins sociaux résultant du choc de la première guerre mondiale vont dissiper ces illusions. La mutualité réalise qu'elle doit composer avec l'État, ce qu'elle ne va plus cesser de faire par la suite.

En 1930 sont mises en place les assurances sociales, dans lesquelles la mutualité prend une part active. Cet engagement contribue à sa bureaucratisation, elle touche davantage de personnes, mais de manière administrative et non par les solidarités de proximité qui étaient jusqu'alors le mode dominant de fonctionnement.



Vers la Sécurité sociale ...

à partir du programme du Conseil National de la Résistance

Les années noires – la Charte du travail / octobre 1941

Le grand souffle de la Libération – la création de la

SECURITE SOCIALE

- caisse unique
- gestion paritaire
- cotisation unique
- plafond de rémunération



Sous la dictature de Pétain est créée la Charte du Travail qui abolit les Conventions collectives de 1936, dissout les syndicats, interdit la grève et décrète l'association capital-travail. La FNMF apporte son soutien officiel à la Charte du Travail. En retour, les mutuelles sont soutenues par le régime en place, une collaboration qui leur vaudra d'être écartées de la gestion de la Sécurité sociale à la Libération.

Le 27 mai 1943 est créé clandestinement le **Conseil national de la résistance**, le CNR, par les représentants des 8 grands mouvements de résistance à l'occupant nazi, les deux grands syndicats, la CGT et la CFTC (future CFDT) et les 6 principaux partis politiques dont le puissant parti communiste. Le CNR élabore, en collaboration avec le gouvernement de la France libre, un programme de gouvernement en prévision de la libération de la France. Ce programme est remis solennellement à de Gaulle le 25 août 1944, jour de la libération de Paris.

Conformément à ce programme, les ordonnances d'octobre 1945 mettent en place la **Sécurité sociale**.

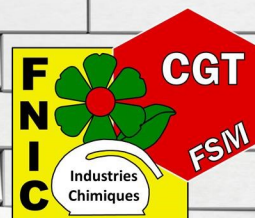
L'article 1er stipule : « Il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. »

La mutualité ne peut pas s'opposer à la mise en place de la Sécurité Sociale, dans un domaine, la protection sociale, qu'elle considère comme sa chasse gardée. Malgré l'échec des assurances sociales dont elle avait la gestion, la mutualité va conserver la complémentarité de la santé. Le 20 mars 1947, la loi Morice sauve la mutualité de la disparition : au travers des grandes mutuelles de la fonction publique (MGEN, MGPTT), elle lui reconnaît le droit de participer aux organismes de Sécurité sociale, de gérer des sections locales, tout en organisant une prévoyance complémentaire à la Sécurité sociale.

Depuis les années 1970, les mutuelles sont de plus en plus mises en situation de concurrence avec les compagnies d'assurances privées sur ce que patronat comme pouvoirs publics voient comme un marché, celui de la protection sociale. La dernière évolution réglementaire en la matière est nommée « Solvabilité 2 » (voir plus loin). Dans le même temps, la Sécurité sociale a subi, et continue de subir au quotidien, des attaques dans sa légitimité à couvrir les risques sociaux, ainsi que dans son mode de financement directement lié à la création de richesses, sans passer par l'intermédiaire du profit capitaliste.



LES PATRONS :



SALAIRES

CODE
DU TRAVAIL

ILS SONT TOUS
SYNDIQUES, UNIS
POUR TOUT
REMETTRE
EN CAUSE

CLASSIFICATIONS

CONDITIONS
DE
TRAVAIL

EMPLOI

PRUD'HOMMES

CONVENTIONS
COLLECTIVES

TEMPS
DE TRAVAIL

FORMATION

LIBERTES

PROTECTION
SOCIALE

RETRAITE



ENSEMBLE,
NOUS SERONS PLUS FORTS !
ADHEREZ à la CGT !

À LA BASE : LA CRÉATION DES RICHESSES

Pour financer les besoins des salariés, et plus précisément leur protection sociale, encore faut-il produire des richesses.

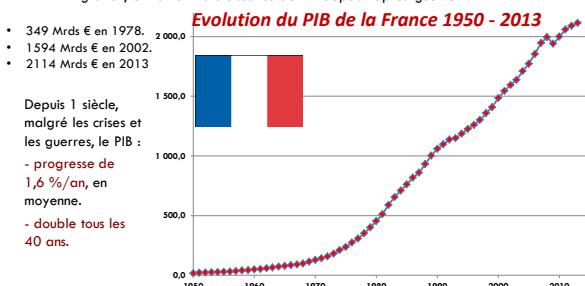
En France, a-t-on toujours les moyens de se payer une protection sociale de haut niveau ?

C'est par la négative que répondent systématiquement les quelques dizaines de soi-disant « experts » qui tournent en boucle sur les médias dominants, télévision, grandes radios privées et publiques, grands quotidiens et sites en ligne comme Google Actualités. Voyons la réalité des chiffres

Le PIB, ou produit intérieur brut, est la somme des valeurs ajoutées de toutes les entreprises françaises et des services publics. Même s'il comporte des imperfections, il est, de l'aveu même des libéraux, l'indicateur économique le plus pertinent pour mesurer l'évolution de la richesse créée en France. Entre 1950 et 2013, le PIB n'a pas cessé d'augmenter, avec l'exception notable de la crise de 2008. Aujourd'hui, il atteint le record absolu de 2114 milliards d'euros, jamais dans l'histoire autant de richesses n'ont été créées en France.

Evolution du PIB

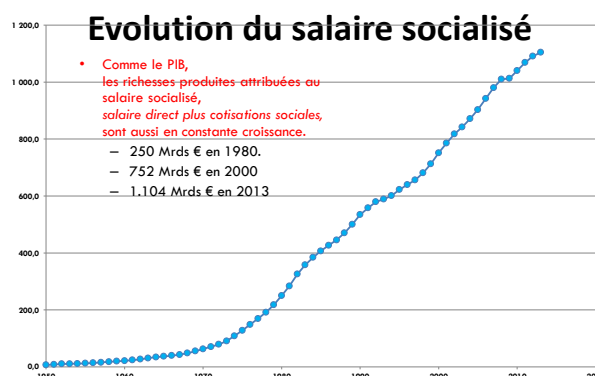
- Les gains de productivité dus au développement des sciences et des techniques, des outils et des moyens de production, mais aussi le dynamisme démographique grâce notamment à l'immigration, entraînent la croissance du PIB depuis l'après-guerre.



Rappelons ici que la valeur créée l'est par le seul travail, le capital n'étant que, soit l'accumulation de travail réalisé antérieurement (on parle ce travail cristallisé), soit l'anticipation de richesses futures, qui seront, elles aussi, créées par le travail.

Dans notre monde capitaliste, la richesse créée est partagée entre travail et capital. La partie qui revient au travail porte deux noms différents suivant « qui » la nomme : le patronat la désigne

« coût du travail », nous la désignons « salaire socialisé ». Le salaire socialisé, c'est la somme « salaire net + cotisations sociales salariales + cotisations sociales patronales ».



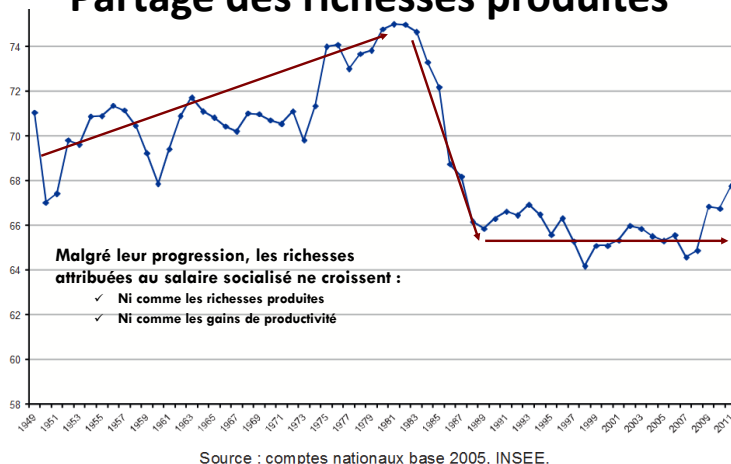
Le salaire socialisé a lui aussi très grandement augmenté depuis 1950, il atteint aujourd'hui 1.104 milliards d'euros. Cela a permis une élévation sans précédent du niveau de vie des salariés, ainsi que le financement d'une protection sociale de haut niveau.

Ce partage primaire du PIB entre travail et capital (ou, dit autrement, entre salaire et profit) fait l'objet d'un conflit d'intérêts permanent entre ceux qui vendent leur force de travail, les salariés (de l'ouvrier à l'ingénieur), et ceux qui sont propriétaires des moyens de productions, les actionnaires (et leurs porte-flingues, les patrons).

Ce conflit d'intérêt, c'est la lutte des classes, qui n'est pas un choix politique, mais une caractéristique inhérente au système économique actuel.

Si l'on représente par une courbe la part attribuée au travail dans le partage du PIB entre travail et capital, on a la courbe suivante :

Partage des richesses produites



On peut distinguer trois grandes périodes :

- ☞ De 1950 à 1982-83 : une lente progression de la part des salaires dans le PIB, qui passe de 69 % à 75 % en trente ans.
- ☞ De 1982 à 1988-89 : une chute brutale de 10 points de PIB au profit du capital, en quelques années.
- ☞ Depuis 1989 : une stagnation d'une part des salaires à un niveau historiquement faible.

A partir de 1982-83 (tournant de la rigueur sous Mitterrand), les employeurs ont, non seulement engrangé 100 % des gains de productivité, mais ont aussi récupéré des gains de productivité précédemment attribués, gagnés par les salariés.

Le déplacement de 10 points de PIB au profit du capital, au détriment du travail, cela représente plus de 200 milliards d'euros par an. Or cette somme, à comparer au trou qualifié « d'abysse » de la Sécurité sociale de 12 milliards, est en très grande partie stérilisée sous forme de versement de dividendes aux actionnaires, et non utilisée pour l'investissement et le développement de l'emploi.

Il y a trente ans, pour 100 euros de salaire versé, les entreprises versaient 7 euros de dividendes, aujourd'hui c'est 34 euros, soit cinq fois plus.

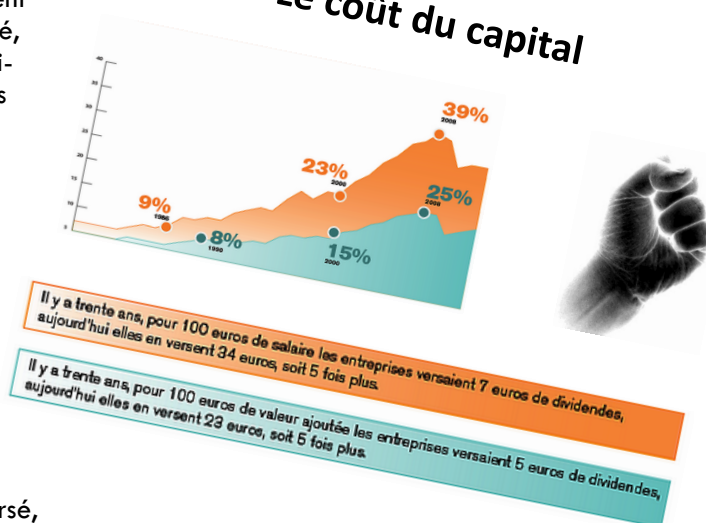
On a déjà montré que l'existence même du profit capitaliste n'était pas légitime (voir Courrier fédéral n°524, « Coût du capital », téléchargeable sur le site www.fnic.cgt.fr). Pire, son augmentation exponentielle est en train de tuer la création de richesses, comme un parasite en train de tuer l'hôte qui le nourrit.

Réduire le coût du capital jusqu'à zéro, c'est possible car cette répartition n'est ni immuable, ni inscrite dans le ciel, c'est le fruit de la lutte des classes.

Il y a une vraie cohérence à revendiquer une augmentation massive des salaires (grille fédérale), ce qui, en stimulant la demande, entraîne la création d'emplois et assure le financement d'une protection sociale de haut niveau. C'est ce qu'on appelle le triptyque : salaire – emploi – protection sociale.

Et lorsqu'on parle d'un « autre partage des richesses », ne nous y trompons pas : il ne s'agit ni de moraliser le capitalisme, ni de modérer le montant du profit à un niveau « raisonnable », quel serait d'ailleurs ce niveau ? Le profit, rémunération de la propriété lucrative, doit être éliminé et les richesses que nous créons doivent être partagées entre salaire direct, cotisation sociale, investissements et financement des services publics, dans une répartition sous contrôle démocratique et non au bon vouloir d'actionnaires privés.

Le coût du capital

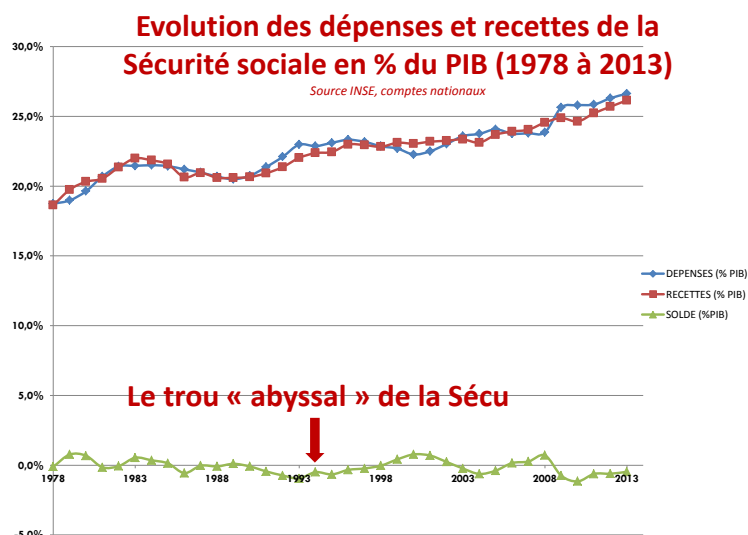


LA COUVERTURE SANTÉ EN FRANCE

La couverture santé en France, malgré des décennies d'attaques du patronat et des gouvernements successifs, reste pour l'essentiel assurée par la Sécurité sociale, mise en place par le ministre communiste Ambroise Croizat sur base du programme du Conseil National de la Résistance.

La propagande ordinaire dénonce depuis des décennies le trou « abyssal » de la Sécurité sociale, qui serait le résultat de notre comportement trop laxiste (par exemple, les Français consommeraient trop de médicaments) ou trop généreux (par exemple, l'âge de la retraite en France est l'un des plus bas du monde).

de notre salaire qui ne nous est pas versé directement, qui est versé dans une caisse commune, la Sécurité sociale. Donc baisser, ou « moduler » les charges, sous prétexte de « coût du travail » ou de « compétitivité », c'est toucher à notre salaire collectif qui finance la protection sociale dont nous avons tous besoin un jour ou l'autre.



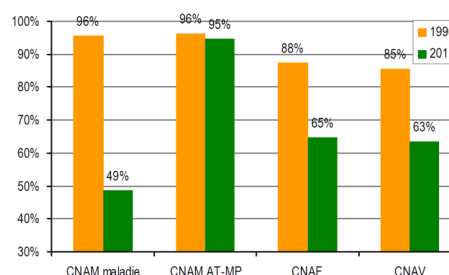
Les ressources de la branche santé (ou « maladie ») de la Sécurité sociale ne proviennent plus qu'à hauteur de 49 % des cotisations sociales, le reste provenant de l'impôt, notamment la CSG, inventée par Rocard en 1991. C'est un problème car, si la cotisation sociale, élément du salaire, est directement prélevée sur les richesses produites au détriment du profit capitaliste, tel n'est pas le cas de l'impôt qui n'est qu'un correctif au profit, et dépend de son existence. L'impôt corrige le montant du profit, et de ce fait, légitime l'existence même de ce dernier.

En réalité, comme le montre le graphique, ce « trou » n'existe pas, il n'a franchi la barre du 1 point de PIB qu'une fois dans l'histoire depuis près de 40 ans, et encore, c'était à la suite de la crise de 2008 qui a vu un recul du PIB sans précédent depuis l'après guerre.

La réalité des chiffres, ceux des comptes nationaux de l'Insee, et non pas les « analyses » des économistes « à deux balles » de BFM-TV ou d'ailleurs, montre que les compte de la Sécu sont globalement à l'équilibre depuis 1978, avec des fluctuations qu'on peut qualifier de faibles si on se donne la peine, non pas d'étaler les chiffres bruts, mais de les comparer à l'évolution du PIB en pourcentages.

Il n'en reste pas moins que l'un des objectifs visés par cette propagande est la baisse continue, dans le financement de la Sécurité sociale, de la part des cotisations sociales. Ces cotisations sociales, que les médias appellent « charges sociales », sont **une partie**

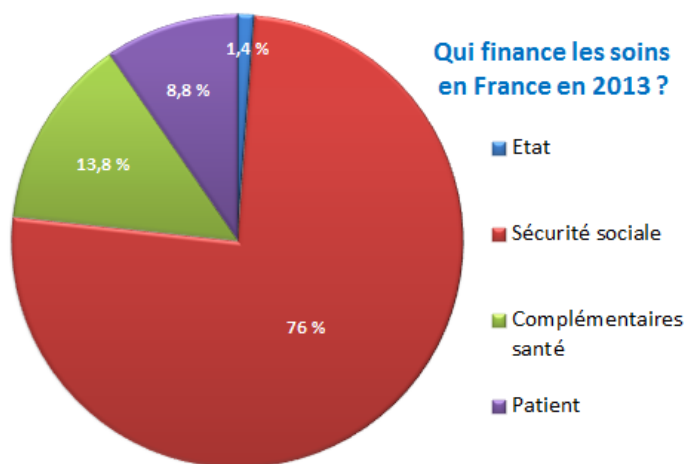
Graphique 23 - Part des recettes de cotisation dans les recettes totales des branches du régime général



Source : Rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale, juin 1991 et juillet 2012.

Dans le financement des soins en France, la part de la Sécurité sociale, 76 %, représente 140 milliards d'euros. La Sécu reste, et doit rester, l'acteur majeur de la santé en France. Cette part est en baisse régulière depuis au moins 15 ans, du fait des déremboursements de nombreux médicaments, des franchises médicales, du démantèlement de l'hôpital public.

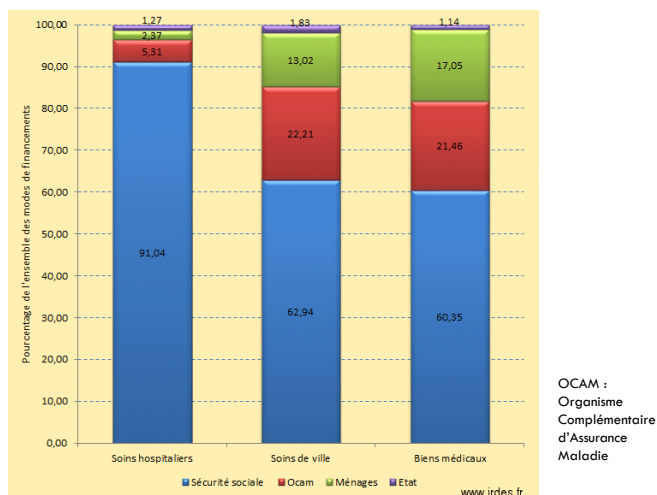
Le reste à charge pour le patient étant quasi stable à 8,8 %. Sur la même période, la part des complémentaires santé est en augmentation parallèle à la baisse de celle de la Sécu : 13,8 % aujourd'hui, ce qui représente 25,2 milliards d'euros. Cette augmentation de la part des complémentaires est le résultat de deux évolutions de sens contraire : une part accrue des organismes complémentaires dans les soins hospitaliers, les soins de ville et les biens médicaux (optique, fauteuils roulants, etc.), et une réduction continue de leur prise en charge des médicaments.



Dans l'expression « complémentaire santé », il faut comprendre les « organismes complémentaires d'assurance maladie » (OCAM), c'est-à-dire les mutuelles, sociétés d'assurance et instituts de prévoyance.

En 2013, c'est dans le poste de l'hospitalisation que la Sécurité sociale reste prépondérante : à hauteur de plus de 91 % pour les soins hospitaliers, de 63 % pour les soins de ville et 60 % pour les biens médicaux.

Répartition par type de soins

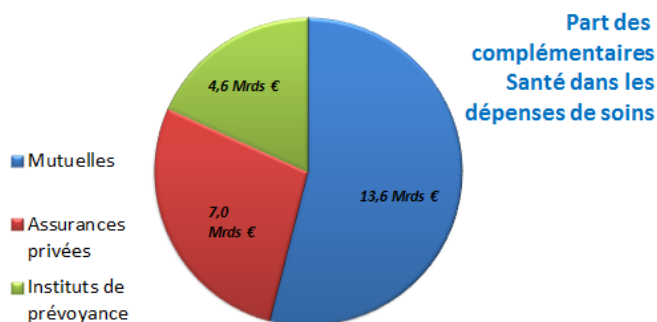


Dans le graphique en camembert ci-contre, on a vu que les OCAM représentent 13,8 % du financement des soins de santé en France, soit un « marché » d'un peu plus de 25 milliards d'euros.

Il existe trois types de complémentaires santé en France : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances privées.

le graphique ci-dessous montre la part respective des 3 types d'organismes dans les dépenses de santé. Les mutuelles représentent 55 % du total et financent la santé pour 13,6 milliards. Ensuite les sociétés d'assurance avec 7 milliards, puis les instituts de prévoyance avec 2,5 milliards d'euros.

Clarifions les différences principales entre les trois types d'organismes complémentaires :



↳ Les **mutuelles** sont des organismes à but non lucratif, qui n'ont donc pas à rémunérer d'actionnaires, soumis au Code de la mutualité. Les dirigeants sont élus démocratiquement par les adhérents (un adhérent, une voix). Le principe des mutuelles repose sur la solidarité entre les membres, notamment en n'imposant aucun critère de sélection. Le montant total des prestations qui sont servies est strictement égal au montant total des cotisations, frais de fonctionnement déduits. A la différence des compagnies d'assurances, une mutuelle ne réclamera jamais un questionnaire de santé à son adhérent.

↳ Les **institutions de prévoyance** sont elles aussi à but non lucratif, et soumises au Code de la Sécurité sociale. Les dirigeants ne sont pas élus par les adhérents, mais désignés selon le mode paritaire : la moitié des dirigeants sont issus du collège des salariés, l'autre moitié de celui des employeurs. Autre différence : alors qu'historiquement les mutuelles couvrent plutôt le domaine de la complémentaire santé, les institutions de prévoyance sont plutôt présentes dans la prévoyance lourde (décès, invalidité) et les retraites complémentaires. Comme les mu-

tuelles, les éventuels excédents dégagés doivent être réinjectés soit dans l'amélioration des garanties, soit dans la baisse des cotisations.

↳ Les **assurances privées** sont soumises au Code des assurances et ont pour but la génération de profit. Les assurances n'ont pas d'adhérents mais des clients. Les cotisations dépendent du risque individuel du client, évalué selon différents critères parmi lesquels la fréquence des prises en charge, les réponses à un questionnaire médical (comme lorsqu'on contracte une assurance à l'occasion d'un prêt immobilier), mais aussi l'âge du client, son sexe, son lieu de résidence, etc.

La différence majeure entre les complémentaires santé et la Sécurité sociale se situe dans les cotisations : pour les premières, il s'agit d'une somme **forfaitaire**, identique (à prestation égale) qu'on soit smicard ou cadre supérieur. Pour la seconde, la cotisation est **proportionnelle au salaire** sur le principe fondateur des ordonnances de 1945 « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».

des principes capitalistes européens, sous l'impulsion des gouvernements français et surtout allemand.

1. Concernant les mutuelles : la directive « Solvabilité 1 » adoptée en 2002, transpose les directives européennes d'assurance de 1973 et 1979, obligeant les assureurs à constituer un **matelas de sécurité** en termes de fonds propres. De surcroît, depuis 2011, les mutuelles sont soumises à la même fiscalité que le secteur privé lucratif. Et c'est la mise en place de la directive Solvabilité 2, qui devrait prendre effet d'ici à 2016, qui aura vraisemblablement le plus de conséquences sur les petites mutuelles, dans un contexte global de désengagement croissant de la Sécurité sociale en termes de remboursements. Dans ce mouvement de concentration, les mutuelles se sont regroupées entre elles, mais aussi avec des institutions de prévoyance (IP) ou des assureurs privés. Ainsi, sous prétexte d'Europe, on impose aux mutuelles, qui fonctionnent sur le principe de solidarité d'une part, et d'autre part sur celui de la répartition (les cotisations d'au-

jourd'hui payent les prestations d'aujourd'hui), des règles prudentielles et de fonctionnement qui ont été taillées sur mesure pour les assurances, qui n'appliquent pas la solidarité mais **gèrent le risque** selon des tables actuarielles, et sont fondées sur la **capitalisation** et non la répartition. C'est un mauvais remake de la fable de la Fontaine « le renard et la cigogne ».

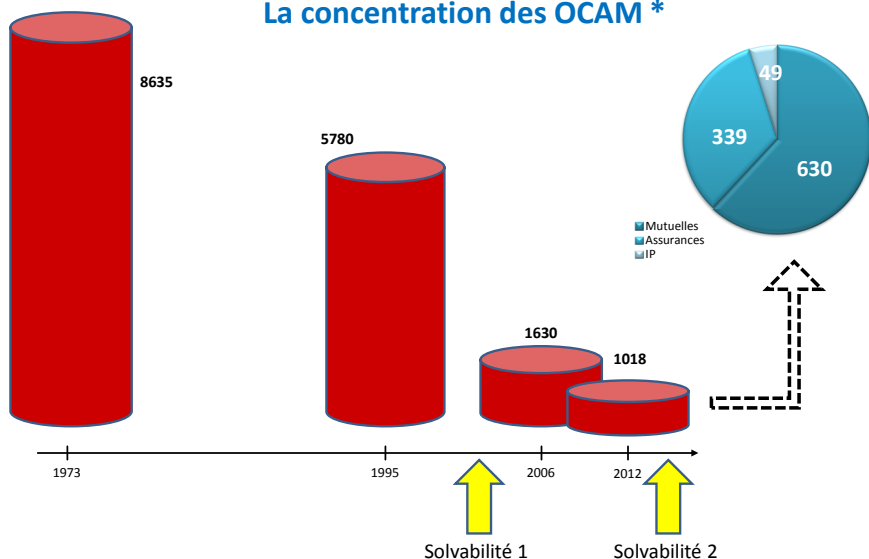
2. S'agissant des IP (Instituts de prévoyance), la vague de concentration a surtout répondu à l'accroissement de la concurrence. Certains IP étaient spécialisés dans la santé, d'autres dans la pré-

voyance ou encore l'assurance-vie. Dans ce contexte, les alliances et fusions ont pour but de valoriser les fichiers clients des uns et des autres pour proposer une offre globale.

3. Concernant les assureurs enfin, un secteur qui comprend aussi la bancassurance, ces sociétés ont cherché à pénétrer ce qu'elles voient comme un marché, en rachetant ou en créant des mutuelles et des IP.

Dans ce grand jeu de Monopoly qui devrait se poursuivre, les distinctions juridiques tendent à s'estomper entre mutuelles, IP et assureurs.

La concentration des OCAM *



* Organisme complémentaire d'assurance maladie

En 1973, il y avait 8635 organismes complémentaires santé en France, pour 25 millions d'assurés. Il n'y en a plus qu'un peu plus de 1000 aujourd'hui, pour 38 millions de bénéficiaires. Parmi ce millier d'organismes, on a 630 mutuelles, 339 sociétés d'assurances privées et 49 instituts de prévoyance. La mutualité reste encore morcelée : Sur les 630 mutuelles, les 100 plus importantes assurent 90% du « chiffre d'affaires » global.

Cette concentration est la conséquence de l'application, au domaine de la santé et de la prévoyance,

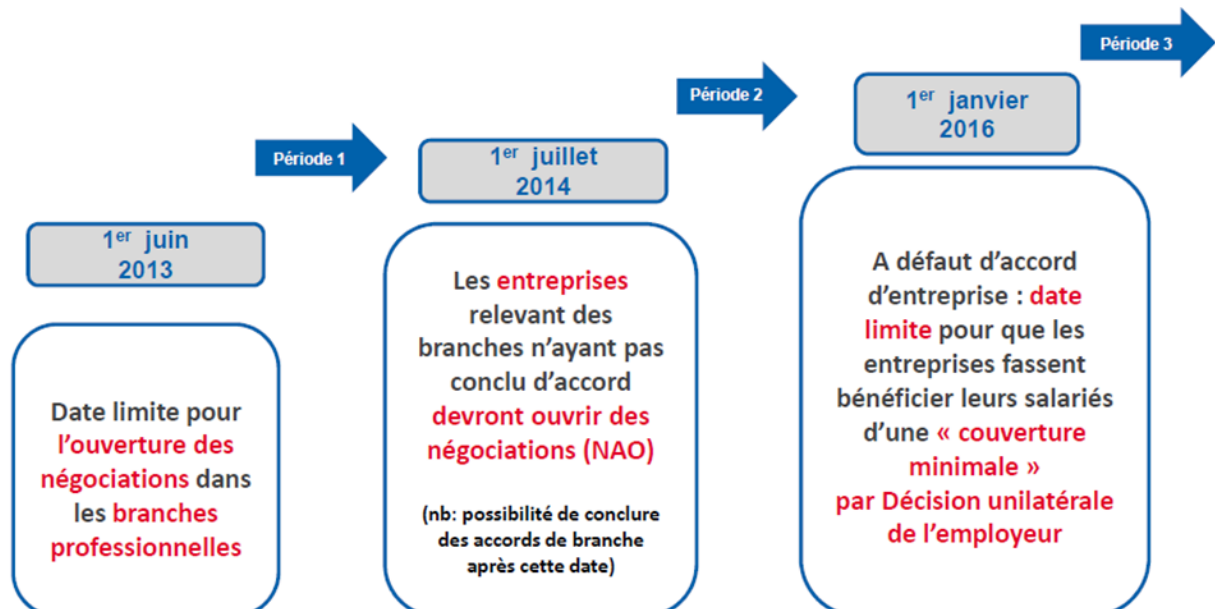
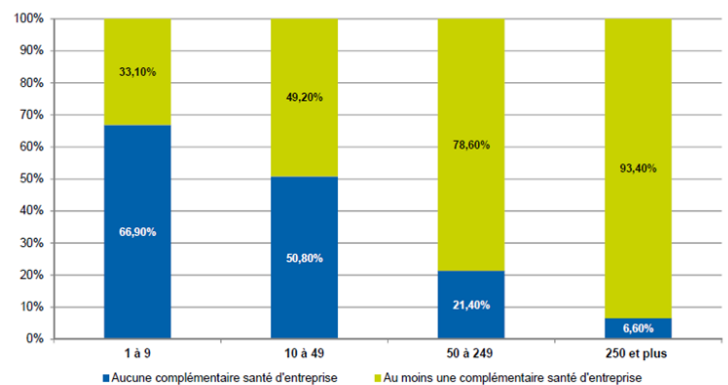
LOI DE SÉCURISATION : LA NOUVELLE DONNE

1. LE CALENDRIER DES NÉGOCIATIONS.
2. LE PANIER DE SOINS DE LA LOI DE SÉCURISATION
3. LES AUTRES DÉCRETS EN ATTENTE DE LA LOI DE SÉCURISATION, RELATIFS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.
4. LE DÉCRET « CONTRATS RESPONSABLES ».
5. COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE : QUAND PEUT-ON LA REFUSER ?
6. LES ÉTAPES DE LA NÉGOCIATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ.

L'ANI du 11 janvier 2013 et la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013, ont modifié le paysage de la protection sociale complémentaire :

- ☞ en généralisant la couverture collective obligatoire de remboursement des frais de santé dans les entreprises (ensuite il s'agira de la prévoyance).
- ☞ en généralisant le dispositif de portabilité des droits des chômeurs en prévoyance et le remboursement des frais de santé.

Proportion d'entreprises qui proposent une complémentaire santé à leur salariés par effectif de l'entreprise



En clair, tout salarié du privé devra bénéficier d'une couverture complémentaire santé minimale, à compter du 1^{er} janvier 2016, financée au moins pour moitié par son employeur. Cette couverture complémentaire minimale, appelée panier de soins, est définie par décret (voir plus loin).

1. LE CALENDRIER DES NÉGOCIATIONS

La période des négociations de branche a débuté le 1er juin 2013.

Ces négociations ont porté sur :

- ☞ Contenu et niveau de garanties.
- ☞ Répartition des cotisations entre employeur et salarié.
- ☞ Modalités de choix de l'organisme assureur après mise en concurrence.
- ☞ Cas de dispenses d'affiliation des salariés.
- ☞ Possibilités de mise en place de dispositifs de solidarité (action sociale, constitution de droits non contributifs par le biais d'un fond de mutualisation, etc.).

Dans les branches professionnelles couvertes par la FNIC-CGT, la situation est la suivante :

Branches professionnelles FNIC-CGT	Complémentaire santé	
	Négociations de branche (Convention collective)	Date de l'accord de branche
Caoutchouc	Refus de négocier de la chambre patronale	Pas d'accord prévu
Chimie	terminées	14 mars 2014
Droguerie	communes avec Industrie pharma	-
Industrie pharmaceutique	en cours	-
Instruments à écrire	non engagées à ce jour	-
Laboratoires d'analyses médicales	non engagées à ce jour	-
Navigation de plaisance	en cours. Accord existant dénoncé par la chambre patronale	-
Négoce et prestations médico-techniques	en cours	-
Officines	terminées	16 janvier 2014
Pétrole	Refus de négocier de la chambre patronale	Pas d'accord prévu
Plasturgie	en cours	-
Répartition pharmaceutique	non engagées à ce jour	-

La période des négociations d'entreprise a débuté le 1er juillet 2014.

A défaut d'existence d'un accord de branche, les entreprises ont l'obligation d'engager (mais pas forcément de conclure), dans le cadre des NAO, une négociation sur la mise en place d'un régime « frais de santé » complémentaire. Sont visées les entreprises qui :

- ♦ ne seraient pas couvertes par un accord de branche, un accord d'entreprise déjà existant, ou par une décision unilatérale de l'employeur déjà existant.
- ♦ ou qui sont couvertes par un accord d'entreprise, ou une décision unilatérale de l'employeur, mais disposeraient de conditions moins favorables (panier de soins minimum + financement employeur minimum de 50 %).
- ♦ Seules les entreprises dans lesquelles a été désigné un délégué syndical sont concernées par cette disposition.

A défaut d'accord d'entreprise, l'employeur devra instituer une couverture santé par décision unilatérale au plus tard pour le 1er janvier 2016.

A partir du 1er janvier 2016

A partir du 1er janvier 2016, pour les entreprises du secteur privé qui ne seront couvertes, ni par un accord de branche, ni par un accord d'entreprise, l'employeur devra avoir trouvé un organisme, et mis en place à son initiative un contrat collectif, qui propose les **garanties minimales** fixées par décret et appelé « **panier de soins** » (art. L 911-7 du Code de la Sécurité sociale).

Par ailleurs, la période maximale pendant laquelle un ex-salarié bénéficiant de l'assurance chômage peut conserver une prise en charge par sa complémentaire d'entreprise sera allongée de 9 à 12 mois :

- ♦ à partir du 1er juin 2014 pour les frais de santé (maladie, maternité, accident),
- ♦ à partir du 1er juin 2015 pour les garanties de prévoyance (incapacité, invalidité, décès).

Les entreprises sans couverture complémentaire santé collective à adhésion obligatoire sont tenues de faire bénéficier leurs salariés de la couverture minimale, par DUE. Le contenu du **panier de soins** est déterminé par décret du 8 septembre 2014.

2. LE PANIER DE SOINS DE LA LOI DE SÉCURISATION (applicable a minima à compter du 1^{er} janvier 2016 dans toutes les entreprises).

D'après le décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014, le panier de soins est la prise en charge par la complémentaire santé de :

- ↳ l'intégralité du **ticket modérateur** à la charge des assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire,
- ↳ le **forfait journalier hospitalier**,
- ↳ les dépenses de **frais dentaires** à hauteur de 25 % en plus des tarifs de responsabilité,
- ↳ les dépenses de **frais d'optique**, de manière forfaitaire par période de deux ans, à hauteur de 100 euros minimum pour les corrections simples, 150 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 euros minimum pour les corrections complexes (la prise en charge dans la limite de ce forfait demeure toutefois annuelle pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue).

Pour la plupart des soins, ces garanties minimales introduites par l'ANI correspondent aux garanties minimales déjà imposées dans le cadre des contrats dits « responsables ». Elles vont légèrement plus loin en matière de soins dentaires prothétiques et en matière d'optique.

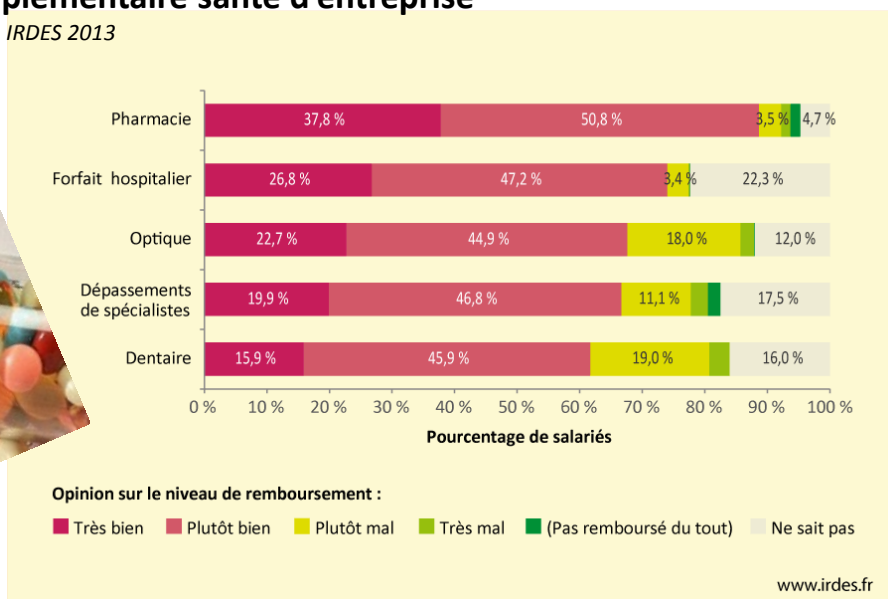
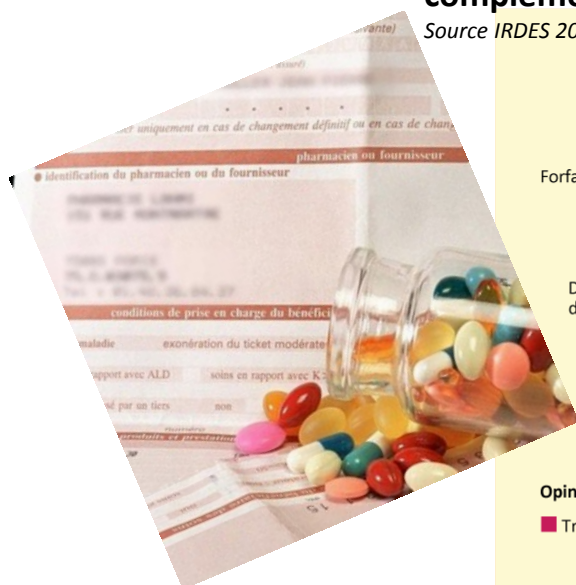


Le coût de ce socle de garanties est estimé entre 25 et 30 € par mois et par salarié

- ↳ la participation de l'employeur est exonérée de cotisations sociales mais ajoutée au revenu imposable du salarié,
- ↳ la participation du salarié est déduite de son revenu imposable.

Opinion des salariés sur le niveau de remboursement de leur complémentaire santé d'entreprise

Source IRDES 2013



3. LES DÉCRETS EN PRÉVUS PAR LA LOI DE SÉCURISATION, RELATIFS À LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

La loi de sécurisation prévoit trois décrets d'application :

- ↳ le décret sur les contrats responsables (détaillé ci-après),
- ↳ celui sur la transparence des appels d'offres (décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015)
- ↳ celui sur le haut niveau de solidarité (en préparation).

Le décret « contrats responsables »

QU'EST-CE QU'UN CONTRAT RESPONSABLE ?

Les contrats "**solidaires et responsables**" sont des contrats de complémentaires santé assortis d'exonérations fiscales et sociales sous réserve de respecter un certain nombre de critères, qui obligent la complémentaire santé à :

- ♦ prendre en charge le remboursement d'une participation minimum des consultations et des prescriptions du médecin traitant (frais d'analyses, pharmacie) dans le cadre d'un **parcours de soins coordonnés**,
- ♦ prendre en charge au moins **2 actes de prévention** considérés comme prioritaires.

Elle ne doit pas :

- ♦ prendre en charge la **participation forfaitaire** de l'assuré social (1€ applicable à tout acte et consultation médicale),
- ♦ prendre en charge la **franchise** applicable pour tous les **médicaments** (actuellement 0,50 € par boîte de médicament),
- ♦ prendre en charge la majoration de **ticket modérateur** hors parcours de soins.

Lorsque, de plus, les contrats de complémentaire santé ne demandent pas de **questionnaire médical** à l'adhérent à l'adhésion, ils remplissent également le critère de "**contrat solidaire**".

Les **contrats solidaires et responsables** bénéficient des **exonérations fiscales et sociales** suivantes :

- ♦ pour les contrats collectifs obligatoires en entreprise, exonération de cotisations sociales pour la participation de l'employeur et déductibilité de l'assiette de l'impôt sur le revenu pour la participation du salarié,
- ♦ pour les travailleurs non salariés qui ont choisi le cadre fiscal Madelin, déductibilité de la cotisation de l'assiette de l'impôt sur le revenu.

Les organismes assureurs proposant des contrats à la fois solidaires et responsables bénéficient sur ces contrats d'un taux de taxe sur les conventions d'assurance (TCA) réduit à 7 % au lieu de 14 %.

POURQUOI UN DÉCRET SUR CE SUJET ?

Aujourd'hui, compte tenu des faibles exigences du cahier des charges, 98 % des contrats santé existants sont « solidaires et responsables ».

Le décret en préparation a pour objectif de :

- ♦ réduire le « **reste à charge** » des assurés;
- ♦ améliorer la prise en charge pour les actes effectués auprès des praticiens ayant signé le **contrat d'accès aux soins (CAS)**,
- ♦ améliorer la prise en charge minimum pour le **dentaire et l'optique**.

Le cahier des charges du projet de décret relatif au contrat responsable prévoit que les complémentaires santé devront notamment prendre en charge :

- ♦ le **ticket modérateur** pour toutes les catégories de soins, à l'exception des cures thermales, des médicaments homéopathiques et des médicaments remboursés à 15 % et 30 %,
- ♦ d'une manière plus optimale les **dépassements** des praticiens lorsque ces derniers ont signé le contrat d'accès aux soins,
- ♦ le **forfait journalier** à l'hôpital, sans aucune limite de durée,
- ♦ l'**optique** selon une grille avec par exemple un minimum de prise en charge à 50 € et un maximum à 470 € pour les lunettes avec des verres simples. Ce forfait sera prévu pour une période de 2 ans. Le montant de remboursement utilisable pour la monture sera au maximum de 150 €.



Le décret « transparence des appels d'offres » n° 2015-13



Les accords de branche professionnelle peuvent prévoir de « recommander » aux entreprises, appliquant la convention collective, un ou plusieurs organismes complémentaire santé.

Dans ce cas, le processus visant à choisir quel organisme peut être « recommandé » doit être soumis à certains critères détaillés dans le décret : appels d'offres préalables, transparence du dispositif, égalité de traitement entre les organismes candidats, etc...

4. COMPLÉMENTAIRE SANTÉ OBLIGATOIRE : QUAND PEUT-ON LA REFUSER ?

Vous pouvez refuser d'adhérer au dispositif de complémentaire obligatoire de votre entreprise selon votre situation et les conditions de mise en place du dispositif. Pour chaque situation, vous devez faire une demande écrite de dispense d'adhésion.

VOUS ÊTES PRÉSENT DANS L'ENTREPRISE LORS DE LA MISE EN PLACE DU DISPOSITIF. Vous pouvez choisir de ne pas adhérer si la complémentaire a été mise en place :

- ↳ par décision unilatérale de l'employeur (DUE) avec participation financière du salarié,
- ↳ ou si le dispositif (accord signé ou DUE) prévoit cette faculté de dispense.

VOUS ÊTES BÉNÉFICIAIRE DE LA CMUC, DE L'ACS OU D'UNE COMPLÉMENTAIRE INDIVIDUELLE. Vous pouvez choisir de ne pas adhérer si l'acte juridique (accord ou DUE) instituant la complémentaire dans l'entreprise prévoit cette faculté.

À noter : la dispense d'adhésion joue jusqu'à la date à laquelle vous cessez de bénéficier de la CMUC, de l'ACS ou de votre complémentaire individuelle.

VOUS ÊTES SALARIÉ OU APPRENTI BÉNÉFICIAIRE D'UN CDD D'UN AN OU PLUS. Vous pouvez choisir de ne pas adhérer si les 2 conditions suivantes sont remplies :

- ↳ l'acte juridique (accord ou DUE) instituant la complémentaire dans l'entreprise doit prévoir cette faculté,
- ↳ vous devez fournir tous documents justifiant d'une couverture complémentaire souscrite par ailleurs.

VOUS ÊTES SALARIÉ OU APPRENTI BÉNÉFICIAIRE D'UN CDD INFÉRIEUR À UN AN. Vous pouvez choisir de ne pas adhérer si l'acte juridique (accord ou DUE) instituant la complémentaire dans l'entreprise prévoit cette faculté.

VOUS BÉNÉFICIEZ PAR AILLEURS D'UNE COUVERTURE COLLECTIVE. Vous pouvez choisir de ne pas adhérer, y compris en tant qu'ayant droit, si les 2 conditions suivantes sont remplies :

- ↳ l'acte juridique (accord ou DUE) instituant la complémentaire dans l'entreprise prévoit cette faculté,
- ↳ vous devez justifier chaque année de la couverture obligatoire dont vous bénéficiez (par exemple celle de votre conjoint).

VOUS ÊTES SALARIÉ À TEMPS PARTIEL OU APPRENTI. Vous pouvez choisir de ne pas adhérer si les 2 conditions suivantes sont remplies :

- ↳ l'acte juridique (accord ou DUE) instituant la complémentaire dans l'entreprise prévoit cette faculté,
- ↳ votre cotisation équivaut au moins à 10 % de votre salaire.

5. LES ÉTAPES DE LA NÉGOCIATION COMPLÉMENTAIRE SANTÉ

En premier lieu, comme toute **négociation**, la négociation Complémentaire santé **se prépare en lien direct avec les salariés**.

C'est par une présence soutenue sur le terrain, auprès des salariés, qu'on pèsera sur le résultat obtenu et le contenu d'un éventuel accord, qu'il soit signable ou non par la CGT, et non pas par un « présentéisme » aux réunions, ni au prétendu « talent » des négociateurs.

En construisant les revendications CGT à partir des aspirations des salariés, il sera plus aisé, le moment venu, de demander aux salariés qu'ils expriment clairement leur **soutien** à ces revendications. N'oublions jamais que négocier en l'absence de **rapport de forces**, revient à accepter d'avance de limiter le résultat à un **aménagement** à la marge de ce que l'employeur avait **prévu** de mettre en place.

Ce schéma est valable pour tout type de négociation, dont le résultat dépend surtout de ce qui se passe **en dehors** de la salle de négociation, et non à l'intérieur.

LES POINTS SPÉCIFIQUES À CONSIDÉRER POUR NÉGOCIER LA COMPLÉMENTAIRE SANTÉ :

Ne jamais oublier que le socle de notre santé doit rester ou redevenir la **Sécurité sociale**. La FNIC-CGT revendique l'**intégration à terme de la totalité du risque santé, y compris « complémentaire », dans la Sécurité sociale**.

Soyons clairs : **l'argent existe**, la santé a un coût, et ce coût ne peut qu'augmenter. C'est une question de **principe** de consacrer, ou pas, une part importante à la santé.

Clouons le bec à ceux qui parlent de « coût du travail » ou de « trou de la Sécu », il est au contraire nécessaire de, sans cesse, mettre en avant la nécessité de salaires élevés, de cotisations sociales élevées, et d'effectifs d'emploi importants pour assurer un financement de qualité à notre Sécurité sociale.

Concernant une complémentaire Santé d'entreprise, il faut en premier lieu établir les **garanties** exigées en termes de prestations, et c'est le point **numéro 1**.

En effet, nos revendications visent à répondre aux besoins, et c'est donc des besoins à couvrir que nous devons partir.

La FNIC-CGT propose comme guide de négociation une **grille de prestations** possibles (voir **annexe**), élaborée avec le syndicat CGT des salariés d'une des mutuelles de branche.

Ensuite il faut envisager les **catégories** de salariés couverts : suivant les principes de couverture universelle et de solidarité, la FNIC-CGT revendique que **actifs et retraités** soient couverts de la même façon, et surtout que la **participation employeur** soit identique pour ces deux populations, ce qui est trop rarement le cas.

Idem pour les **ex-salariés**, quelle que soit la raison de rupture du contrat de travail (licenciement, rupture conventionnelle, etc.), qui doivent être couverts et pour lesquels l'employeur doit maintenir sa participation jusqu'à ce que l'intéressé ait retrouvé une couverture remplaçante.

Il faut ensuite se préoccuper des **cotisations**. Celles-ci sont égales aux prestations, moins les frais de gestion de l'organisme complémentaire.

D'où l'importance de fixer d'abord le niveau de prestation exigé, pour en déduire le niveau de cotisation.

Il y a une différence fondamentale entre Sécurité sociale et complémentaire santé.

Pour la première, la cotisation est **proportionnelle au salaire**, dans la seconde, c'est un **forfait**, d'autant plus lourd pour les faibles revenus.

La logique commande donc de revendiquer une cotisation **employeur** au moins égale en pourcentage **à ce qu'il paye à la Sécurité sociale**.

Concernant la **cotisation des adhérents**, il faut, a minima, exiger **une part forfaitaire et une part en pourcentage du salaire**, et faire tendre la cotisation adhérent vers zéro.

Des travailleurs en bonne santé étant des travailleurs plus productifs, Il est en effet légitime que ce soit l'employeur qui paye la complémentaire santé à 100 %, comme cela existe déjà dans certaines entreprises de nos branches.

Sur les **contrats**, attention au **dumping**.

Le contrat avec l'organisme complémentaire est généralement signé pour trois ans, mais la révision a lieu chaque année !

Ce qui peut donner lieu à un « prix d'appel » pour gagner le contrat la première année, suivi de **dérapages** les années suivantes

Enfin, à contrat équivalent, il faut privilégier les **véritables mutuelles** et non les **assurances privées**.

Attention, certaines se font appeler « mutuelles » ! Combien d'employeurs passent un « deal » avec l'assureur privé qui assure les locaux de l'entreprise, pour une offre globale « assurance de l'entreprise + complémentaire santé », dont les salariés sont les dindons de la farce, et le patron, le grand gagnant ?

Dans tous les cas, l'argent des cotisations est celui des salariés, au moins en partie.

De plus, les prestations les concernant à 100 %, ils doivent donc avoir leur mot à dire sur le choix de l'organisme, et le contenu du contrat.

Parallèlement, il nous faut imposer notre présence aux **conseils d'administration** des mutuelles, pour peser sur les choix politiques.

Il nous faut aussi coordonner l'action des administrateurs CGT pour peser dans les orientations de la FNMF qui ne répondent pas à nos objectifs, ceci étant du ressort de notre Confédération.

C'est en animant la bataille des idées, par le renforcement de notre organisation, par l'expression des salariés au travers du rapport de forces que chaque syndicat CGT fera face aux enjeux d'une complémentaire santé répondant aux besoins des salariés dans les branches et les entreprises.

Si chacun est convaincu du bien fondé de ces objectifs, **au travail !** et rendez-vous dans les luttes pour mesurer et apprécier ensemble nos conquêtes sociales.

Annexe

GRILLE DE PRESTATIONS

GARANTIES	Remboursement Sécurité Sociale du régime général (pour mémoire)	REGIME COMPLEMENTAIRE
CONSULTATION VISITE OMNIPRATICIEN, SPECIALISTE		
Secteur conventionné sans dépassement	70% TC/ 100 % TC	100% TC - Rbt SS
Secteur conventionné avec dépassement - Généraliste	70% TC/ 100 % TC	170% TC - Rbt SS
Secteur conventionné avec dépassement autorisé - Spécialiste	70% TC / 100 % TC	170% TC - Rbt SS
Secteur non conventionné	70% TA	150% TCR
Professeurs de médecine - secteur conventionné	70% TC 100 % TC	170% TC - Rbt SS
Professeurs de médecine - secteur non conventionné	70% TA	170% TCR - Rbt SS
Transports médicaux	65% TC	100% TC - Rbt SS
ACTES DE SPECIALITE EN K OU KC (hors hospitalisation)		
Conventionnés avec ou sans dépassement autorisé	70% TC	170% TC - Rbt SS
Non conventionnés	-	170% TCR
ANALYSES LABORATOIRES RADIOLOGIE - AUXILIAIRES MEDICAUX		
Conventionnés	60% TC / 70% TC	100% TC - Rbt SS
Non conventionnés – hors nomenclature		100% frais réels—Rbt SS équivalent
PROTHESES AUDITIVES		
Avec accord de la Sécurité Sociale	65% TC / 100% TC	90% RAC Après SS (plafond:1220€ sur 4 ans après 25 ans)
Sans accord de la SS		90% FR (plafond: 1220€ sur 4 ans)
AUTRES PROTHESES : ORTHOPEDIE		
	65% TC/100% TC	90% RAC après SS
OPTIQUE		
Monture (1 par an et par personne)	65% TC	122 € an / personne
Verres simples(1 paire de lunettes par an et par personne)	65% TC	100 € / verre simple
Verres progressifs (1 paire de lunettes par an et par personne)	65% TC	150 € par verre complexe 220 € par verre hypercomplexe
Lentilles acceptées ou refusées par an et par personne	65% TC	120 € / an / personne
DENTAIRE		
Soins dentaires	70% TC	100% TC - Rbt SS
Prothèses acceptées par la Sécurité Sociale	70% TC	370% TC - Rbt SS
Prothèses refusées par la Sécurité Sociale	-	370% TC équivalent
Prothèses	-	370% TC équivalent
Autres travaux dentaires hors nomenclature	-	90% FR limité à 900€ (jusqu'à 3/an)
Implants	-	370% TC
Inlays Onlays	70% TC	370% TC - Rbt SS
Orthodontie acceptée par la Sécurité Sociale	100% TC	300% TC équivalent
Orthodontie refusée par la Sécurité Sociale	-	
CHIRURGIE / HOSPITALISATION		
Frais médicaux / chirurgicaux		
Etablissement conventionné sans dépassement	80% TC 100% TC	100% TC - Rbt SS
Etablissement conventionné avec dépassement	80% TC / 100% TC	100% RAC
Etablissement non conventionné		100% TCR
HOSPITALISATION		
Hébergement en établissement conventionné - Frais de séjour	80% TC	100% TC - Rbt SS
Hébergement en établissement non conventionné - Frais de séjour	-	100% TC - Rbt SS équivalent
Forfait hospital	-	100%
Supplément chambre particulière	-	60 € /jour pour les actes < KC80 130 € /jour pour les actes > KC80
Frais d'accompagnement enfant / personne âgée	50 € / jour	
Maison de repos et de convalescence (honoraires et frais de séjour)	80% TC	100% TC - Rbt SS
Supplément si séjour consécutif à une hospitalisation	-	+20 € /jour enfant 30 jours maxi
CURE THERMALE = ACCEPTEE PAR LA SECURITE SOCIALE		
Hébergement		300€ /an/personne
Transport	65% TC	100% TC - Rbt SS
Frais établissement thermal	65% TC	100% TC - Rbt SS
Honoraires médicaux	70% TC	100% TC - Rbt SS
MATERNITE		
		Chambre particulière ou 1,25 % PAAS
AUTRES		
Amniocentèse refusée (femmes âgées de moins de 38 ans)	-	15 €/acte
Ostéodensitométrie	-	Forfait annuel de 80 €
Kératotomie	-	350 €/œil
Vaccins non pris en charge	-	80% des FR (plafond 2% PMSS/an)

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité Sociale—**PMSS** : Plafond mensuel de la Sécurité Sociale—**TC** : Tarif de Convention de la Sécurité Sociale (base de remboursement des actes conventionnés) - **TA** : Tarif d'Autorité de la Sécurité Sociale (base de remboursement des actes non conventionnés - secteur III) - **TCR** : Tarif de Convention Reconstitué pour le secteur III (égal au TC) - **TFR** : Tarif Forfaitaire de Responsabilité appliqué en cas d'existence d'un médicament générique—**FR** : Frais Réels - **RAC** : Reste à Charge—**AT** : Accident du Travail— Les remboursements du régime complémentaire sont limités au montant des frais réels déduction faite des remboursements de la Sécurité Sociale.



CONVENTIONS COLLECTIVES



SOCLE DE

NOS GARANTIES



LA SANTÉ D'UNE ENTREPRISE PASSE AUSSI PAR CELLE DE SES SALARIÉS



470 000*
ENTREPRISES NE PROPOSENT
PAS DE COUVERTURE SANTÉ
À LEURS COLLABORATEURS.

Qui a dit qu'un dirigeant de petite entreprise ne pouvait pas protéger ses salariés ?

Humanis, 1^{er} acteur en santé collective, propose une couverture santé simple et efficace, conçue spécialement pour les TPE de moins de 10 salariés.
Humanis est un groupe paritaire et mutualiste à but non lucratif.

Votre contact : **Catherine Jousse** ■ catherine.jousse@humanis.com