

PAS TOUCHE À MA SÉCU !



LA SÉCU,

VITALE

POUR TOUS !

Les MAUX de la Sécu

TOUJOURS PLUS D'ÉLÉMENTS DE RÉMUNÉRATION EXONÉRÉS DE COTISATIONS SOCIALES AU RÉGIME GÉNÉRAL OBLIGATOIRE.

En 2023, selon le rapport 2024 de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, le déficit des régimes obligatoires de la Sécu s'élève à environ **10,8 milliards d'euros**.

Selon le même rapport, en 2022, les niches sociales, en raison du fait que certains "compléments" de salaire sont en tout ou partie exonérés, représentent une perte de recettes sociales entre 2018 et 2022 de **8,1 milliards d'euros**, soit un montant supérieur à la dégradation des déficits sociaux.

Il faut savoir que, pour la seule année 2022, **le montant des compléments de salaire non assujettis aux cotisations sociales s'élevait à environ 87,5 milliards d'euros**.

On entend par « complément de salaire » les primes d'intéressement, de participation, les indemnités de rupture conventionnelle, mais aussi la prime de partage de la valeur et les « aides » indirectes comme les chèques-vacances ou tickets restaurant. En 2018, le pourcentage de ces compléments de salaire était de 4,1 %, tandis qu'ils progressent désormais de 7,8 % par an.

SELON LES DIRES DE L'ÉTAT, SÉCU, SITUATION EN 2023 :

Perte de la maîtrise des comptes :

Le déficit global atteint 10,8 milliards d'euros, soit 0,7 % du PIB.

Les facteurs principaux :

- Les coûts imposés par l'État à la Sécurité sociale, provoqués par la "crise" sanitaire continuent d'affecter les comptes.
- Les allègements de cotisations représentent un coût important. L'augmentation du SMIC entraîne une augmentation plus rapide des allègements de cotisations patronales sur les bas salaires, basée sur la valeur du SMIC.
- Le déficit de la branche vieillesse et du FSV (Fonds de Solidarité Vieillesse) devrait augmenter significativement, atteignant 10,8 milliards d'euros en 2027.
- Le non reversement de certaines TVA (essence, tabac etc.) dans le budget de la Sécurité sociale.

SÉCURITÉ SOCIALE



Régimes généraux obligatoires



Branche maladie :

Prend en charge les frais médicaux, pharmaceutiques, hospitaliers, et les indemnités journalières en cas de maladie ou de maternité.



Branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) :

Couvre les risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.



Branche vieillesse :

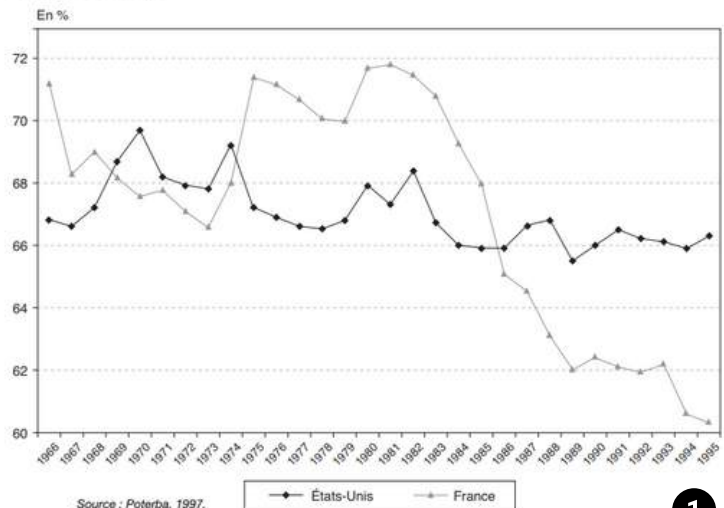
Assure les "pensions" (car il s'agit bien d'un salaire différé, produit du salaire socialisé), de la retraite de base des salariés du secteur privé, du secteur public et des agriculteurs.



Branche famille :

Verse des prestations familiales, comme les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire, et d'autres aides aux familles.

Graphique II
Part du travail dans la valeur ajoutée, à partir de données de l'OCDE de 1966 à 1995, France et États-Unis



PROJET DE LOI DE FINANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE 2025 ?

Comme toujours, le prochain PLFSS sera l'occasion d'intégrer toujours plus l'État dans la gestion de notre Sécurité sociale, sous prétexte de vouloir la sauver. En réalité, et comme cela est le cas depuis des années, toujours plus d'État se traduit par une réponse aux intérêts budgétaires et économiques plutôt que répondre aux besoins. Déjà, des pistes sont envisagées par les forces capitalistes :

- ➔ **Réduction de la durée maximale d'indemnisation : réduire la durée maximale d'indemnisation de 3 à 2 ans, tout en améliorant la prise en charge des pathologies chroniques.**
- ➔ **Arrêt de l'indemnisation des arrêts de travail de courte durée : arrêter l'indemnisation des arrêts de travail de moins de 8 jours.**
- ➔ **Augmentation du délai de carence : augmenter le délai de carence de 3 à 7 jours.**

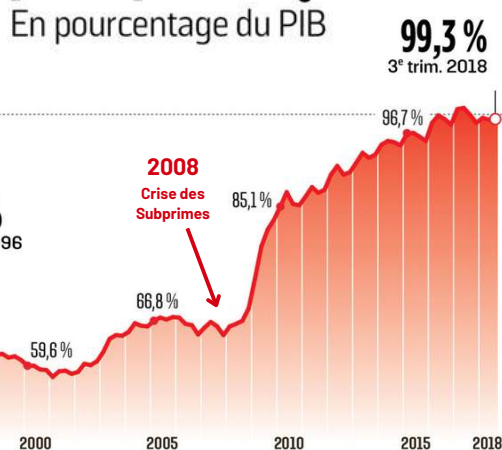


Mais encore à la volée : déremboursement de certains médicaments, réduction des dépenses liées aux dispositifs médicaux, baisse imposée des dépenses hospitalières et des Ehpad, etc.

Bref !!! poursuite de la destruction de notre système social dans son ensemble, afin de le rendre toujours moins attractif et d'inciter les assurés à aller vers les assurances privées, lucratives pour les actionnaires. Que se passerait-il en cas de baisse du PIB ?

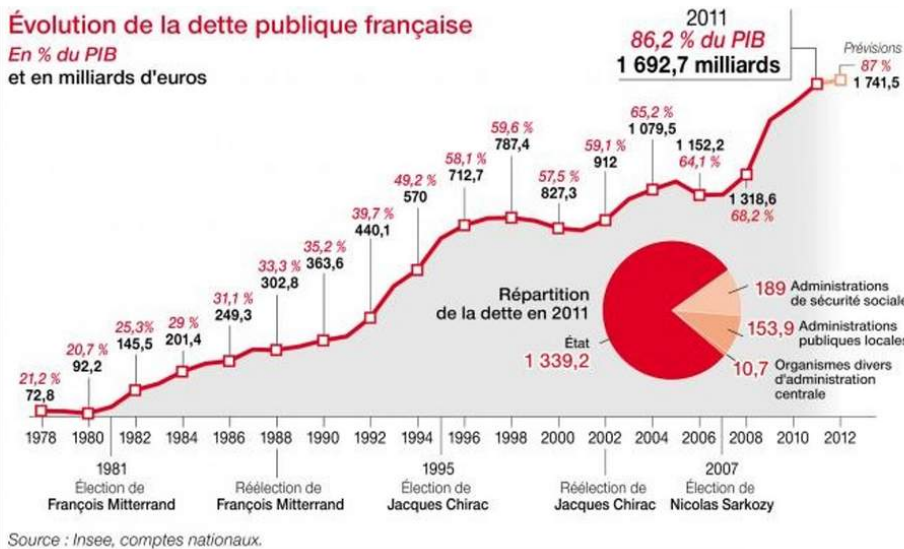
LE DÉFICIT DES DÉPENSES SOCIALES LIÉES À LA SANTÉ NE REPRÉSENTE QUE 9,15 % DE LA DETTE PUBLIQUE TOTALE EN 2022.

Evolution de la dette publique française



Évolution de la dette publique française

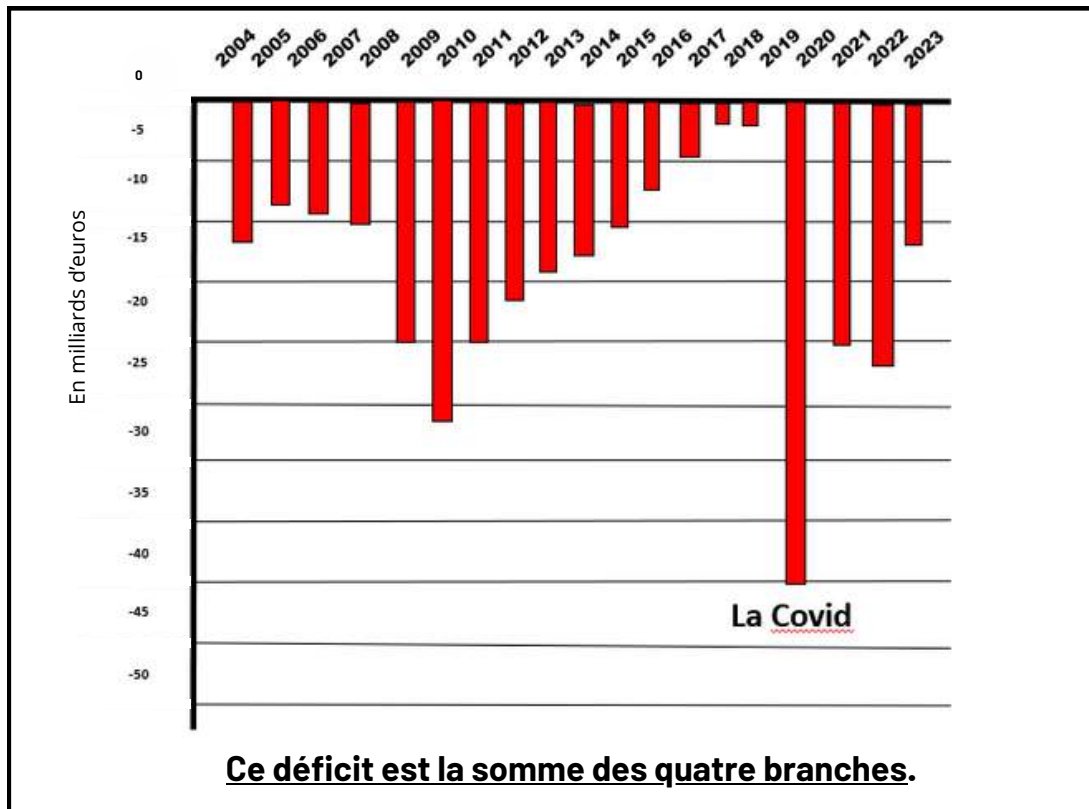
En % du PIB et en milliards d'euros



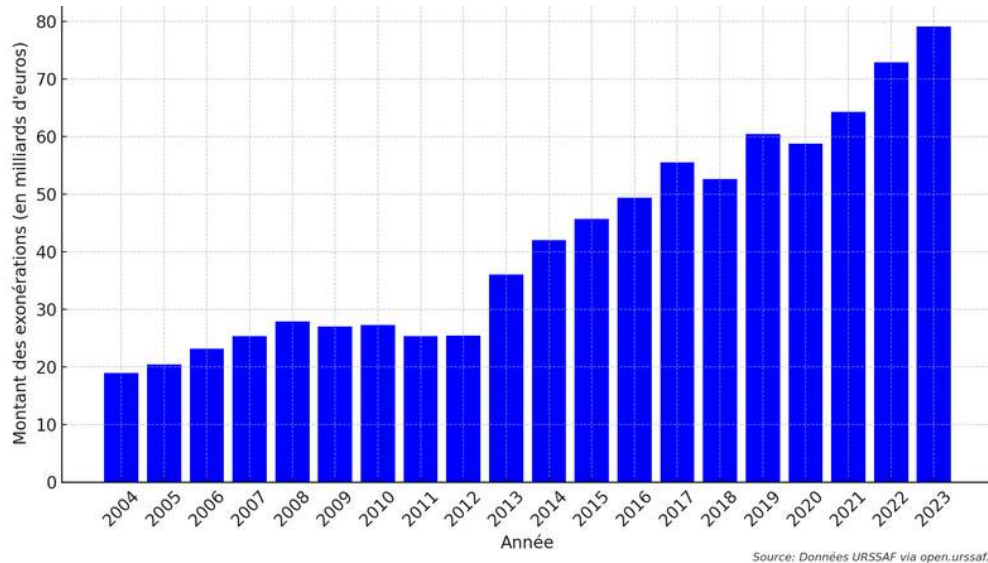
La dette publique s'est envolée à partir de 2008, après que les gouvernements européens ont sauvé les banques de la faillite suite à leurs spéculations hasardeuses... En France, le plan de sauvetage a consisté en des aides aux banques, via des opérations des banques garanties par l'État pour 320 milliards d'euros, ainsi qu'une aide à la recapitalisation des banques pour 40 milliards d'euros, soit un total de 360 milliards d'euros.

Ce sont donc les États, et par conséquent les citoyens, qui en paient aujourd'hui le prix. Et les banques continuent de spéculer... jusqu'à la prochaine faillite.

LE FAMEUX « TROU » DE LA SÉCURITÉ SOCIALE VALEURS BRUTES ANNUELLES EN EUROS



Évolution des exonérations de cotisations sociales en France (2004-2023)



La compensation (ou plutôt le transfert de "charges") par l'État des exonérations de cotisations sociales – qui représentent la création de richesse par le travail – varie en fonction des mesures législatives, des lois de financement de la Sécurité sociale et des politiques économiques. Cette compensation permet certes de garantir le financement des prestations sociales, mais elle sert surtout d'alibi à l'État, sous l'influence du patronat, pour s'immiscer davantage dans le financement et la gestion de la Sécurité sociale. Malheureusement en éloignant de plus en plus son financement des revenus du travail, pour finalement les remplacer par d'autres sources de revenus, comme l'impôt.

Il est important de souligner que cela nous éloigne de l'idée que défendait la CGT, et en premier lieu Ambroise Croizat, selon laquelle la Sécurité sociale est un droit fondamental des travailleurs, financé par ceux qui travaillent et qui doivent gérer à 100 % ce salaire socialisé qui leur appartient et non un service public financé par l'impôt ou soumis aux fluctuations des politiques budgétaires de l'État. Ils doivent être élus via des élections au conseil d'administration, l'ensemble des salariés des mutuelles qui n'auraient plus leur raison d'être serait rattaché à la Sécurité sociale.

L'ASSURANCE MALADIE : Synthèse du Rapport de la Cour des Comptes

SAVEZ-VOUS QUE :

1. Une partie des taxes sur le tabac, destinée à la Sécu n'est pas reversée : 7,8 milliards
2. Une partie des taxes sur l'alcool destinée à la Sécu n'est pas reversée : 3,5 milliards
3. Une partie des primes d'assurances automobiles, destinée à la Sécu n'est pas reversée : 1,6 milliard
4. La taxe sur les industries polluantes, destinée à la Sécu n'est pas reversée : 1,2 milliard
5. La part de TVA, destinée à la Sécu n'est pas reversée : 2 milliards
6. Retard de paiement à la Sécu pour les contrats aidés : 2,1 milliards
7. Retard de paiement par les entreprises : 1,9 milliard

En faisant une bête addition on arrive au chiffre de : 20,1 milliards d'euros.

CONCLUSION :

Si les responsables de la Sécu et nos gouvernants faisaient leur boulot efficacement et honnêtement, si chacune des institutions reversait ce qu'elle doit chaque année, les prétendus 11 milliards de trous seraient aujourd'hui 9 milliards d'excédents !

Il serait pourtant facile de ne plus mettre en péril notre Sécurité sociale tout en répondant aux besoins. La première des mesures serait d'en finir avec les exonérations de cotisations sociales, qui représentent une perte importante de recettes pour la sécurité sociale : près de 68,6 milliards d'euros pour les régimes de base en 2022. De plus, cette mesure permettrait de sortir d'une gestion étatisée de la Sécurité sociale, car une partie de ces exonérations est compensée en partie par des transferts de l'État via l'impôt et non par la cotisation, ce qui va à l'encontre de la volonté du CNR, qui souhaitait que le fruit du travail participe à la solidarité entre travailleurs.

Il en va de même pour l'égalité salariale entre femmes et hommes. Selon l'INSEE, **si l'écart de salaire entre hommes et femmes était comblé, cela pourrait générer des recettes supplémentaires substantielles pour la Sécurité sociale, à hauteur de 33,6 milliards d'euros par an (INSEE).**

La mise en place de l'égalité salariale pourrait non seulement promouvoir l'équité et la justice sociale mais aussi reconnaître le rôle des femmes dans la société, en plus d'améliorer significativement les finances publiques et les recettes de la Sécurité sociale.

Ou encore une cotisation sur les profits non réinvestis dans l'outil industriel ou la recherche pourrait être envisagée. L'Espagne, par exemple, taxe depuis 2021 les profits des géants de l'énergie et des banques, avec des recettes attendues de l'ordre de 6 milliards d'euros par an. Pourquoi ne serait-il pas possible en France de mettre en place une nouvelle cotisation sociale basée sur ces profits ?

Voici des solutions vertueuses qui ancreraient la Sécurité sociale dans son principe fondateur de solidarité, selon lequel chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.



Mais nous pourrions aller encore plus loin avec la création d'un pôle public de la santé qui englobe les médicaments et le matériel médical, ce qui nous permettrait d'avoir un outil adapté aux besoins thérapeutiques et de maîtriser les prix des médicaments et du matériel médical, puisque pas un centime ne finirait dans les caisses des fonds vauvours.

Et nous pourrions encore exiger la transparence totale des coûts de production afin d'avoir un prix du médicament fixé en fonction des coûts de production et non en fonction d'innovations thérapeutiques parfois difficilement appréciables (*lire pour aller plus loin*).

Concernant les médicaments :

- Mettre en place un pôle public de santé pour assurer une production en France des médicaments aussi bien essentiels que du quotidien, rares ou innovants.
- Assurer l'indépendance de la France en matière premières à usage pharmaceutique nécessaires à la confection des médicaments.
- Assurer l'information précise au patient sur la nécessité ou non d'un traitement médicamenteux.



POUR ALLER PLUS LOIN



Cancer et innovation thérapeutique :

Il ne s'agit pas de nier que les traitements contre le cancer sont toujours plus efficaces. Cependant, face à cette réalité, nous pouvons nous interroger sur la légitimité des prix et la véracité des bénéfices thérapeutiques vantés par les laboratoires concernant leurs molécules.

Il faut savoir que les médicaments anticancéreux sont remboursés sur la base du prix fixé par les laboratoires, trop souvent sans négociation préalable et sur les résultats d'essais cliniques.

Aujourd'hui, la rapidité des innovations dans le domaine des nouvelles molécules et le faible nombre de patients participant à ces essais rendent ces études cliniques parfois peu aptes à démontrer de manière objective et scientifique une amélioration réelle du service rendu par rapport aux traitements déjà existants.

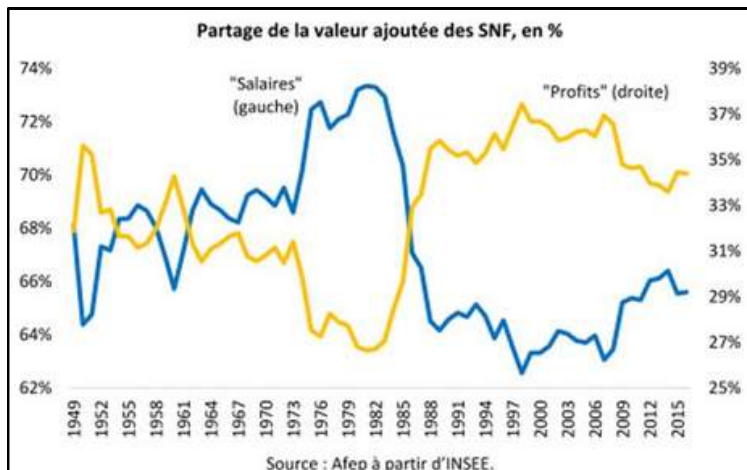
QUAND LES FUITES VERS LE CAPITAL MENACENT LA PÉRENNITÉ DE LA SÉCU

Dans les années 1970 et 1980, la part de la valeur ajoutée allouée aux salaires (travail) était souvent autour de 75 % à 80 %, tandis que la part allouée au capital (profits, dividendes, etc.) était plus proche des 20 % à 25 %. Cette situation a évolué au fil des décennies, avec une tendance à la diminution de la part des salaires et une augmentation correspondante de la part du capital. Cette évolution reflète les changements économiques, comme la mondialisation, les réformes du marché du travail, ou encore les politiques économiques et fiscales favorisant le capital.

Cette fuite des revenus du travail vers le capital prive d'autant plus notre Sécurité sociale de revenus.

Pourtant, il y aurait largement de quoi compenser l'augmentation des dépenses de la Sécurité sociale.

L'argent est là, il ne reste plus qu'à aller le chercher.



Calcul détaillé de la "fuite" de revenus potentiels pour la Sécurité sociale :

Pour une valeur ajoutée industrielle de 325 milliards d'euros, voici le calcul détaillé de la "fuite" de revenus potentiels pour la Sécurité sociale :

Hypothèse de calcul pour une valeur ajoutée industrielle (VA) de 325 milliards d'euros en 2021 :

Base de cotisation salariale

- Base de cotisation à 80 % de la valeur ajoutée :
Base de cotisation = $325 \times 0,80 = 260$ milliards d'€
- Base de cotisation à 65 % de la valeur ajoutée :
Base de cotisation = $325 \times 0,65 = 211,25$ milliards d'€

Différence de base de cotisation = $260 - 211,25 = 48,75$ milliards d'€

Perte en cotisations sociales :

Avec un taux moyen de cotisations sociales de 60 % :

Perte en cotisations sociales = $48,75 \times 0,60 = 29,3$ milliards d'€

Ainsi, la "fuite" de revenus potentiels pour la Sécurité sociale, due à la diminution de la part des salaires de 80 % à 65 % dans la valeur ajoutée industrielle pour une VA de 325 milliards d'€, représente une perte de 19,5 milliards d'€ pour un taux de cotisation global moyen de 40 %. À titre de comparaison, le déficit des comptes de la Sécurité sociale en 2023 s'élève à 10,8 milliards d'€.

LE SALAIRE QUI RÉMUNÈRE NOTRE FORCE DE TRAVAIL PAYÉ PAR LE PATRON EST COMPOSÉ COMME SUIT :

SALAIRE SOCIALISÉ :

SALAIRE NET

20 %

40 %

COTISATIONS OU SALAIRE DIFFÉRÉ

100 % SÉCU

LA FNIC-CGT POUR UNE SÉCURITÉ SOCIALE INTÉGRALE :

La FNIC-CGT défend le principe d'une Sécurité sociale intégrale : le "100% Sécu", c'est à dire une couverture totale et universelle des besoins sociaux, financée par les seules cotisations sociales. La gestion devrait revenir aux seuls représentants des salariés élus, conformément à la volonté du CNR (Conseil national de la Résistance).

L'objectif est de rétablir la Sécurité sociale comme le seul collecteur et payeur unique, afin de libérer les travailleurs de leur dépendance aux assurances privées et aux organismes complémentaires, qui sont trop souvent inégalitaires et peu solidaires.

100 % SÉCU

RETOUR À LA PRISE EN CHARGE TOTALE DES SOINS DE SANTÉ :



Santé : Une couverture complète des frais de santé, sans reste à charge pour les patients, incluant les médicaments, les soins, les dispositifs de santé, en cas de courte ou longue maladie, maternité, invalidité, et accidents du travail.



Famille : Des prestations familiales universelles, sans condition de ressources dès le premier enfant. Mais aussi les allocations logement pour aider les foyers modestes.

100 % SÉCU

DROIT À L'EMPLOI ET À LA RETRAITE :



Emploi : Indemnisation de tous les demandeurs d'emploi, y compris les primo-demandeurs et les salariés précaires.



Retraite : Fixer l'âge légal de départ à la retraite à 60 ans avec un calcul de pension basé sur les 10 meilleures années de salaire, après 37,5 ans de cotisations et un départ à 55 ans pour les carrières longues et les conditions de travail pénibles.

100 % SÉCU

FINANCEMENT ET GESTION :

Cotisation sociale, et non par l'impôt et taxe, dont la part depuis les années 1990, a une tendance croissante à financer la Sécurité sociale ; cela a pour effet de s'éloigner de la volonté d'Ambroise CROIZAT : "**Cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins**". Cela suppose la suppression totale de la CSG et de la CRDS.

Pour cela, il faut capter la totalité des revenus du travail, augmenter les salaires et imposer une contribution accrue des revenus du capital, tels que les dividendes et autres produits financiers, par le biais de la cotisation sociale.

Mais qu'a donc fait la "fille de la CGT", la Sécurité sociale créée par Ambroise Croizat en 1945, bientôt âgée de 80 ans, pour que l'État et les patronats s'acharnent avec autant de détermination à la détruire ?



Depuis sa création, les patrons et les gouvernements s'efforcent avec minutie et acharnement d'affaiblir notre Sécurité sociale, dans l'objectif de la livrer demain aux assureurs privés, dont le seul intérêt réside dans la masse financière colossale que notre système de protection sociale représente, ainsi que dans les bénéfices que les actionnaires sans scrupules pourront se partager, au détriment des besoins de santé..

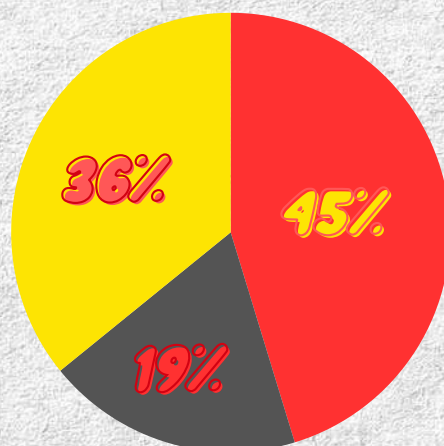


LA SÉCURITÉ SOCIALE EN 2022

637 MILLIARDS D'EUROS

en ne comptant que les principales sources de financement.

Budget supérieur à celui de l'État qui s'élevait, en 2022, à 323,3 milliards d'euros.



COTISATIONS SOCIALES

288,5 Mds €

CSG

228,4 Mds €

IMPOTS ET TAXES

120,2 Mds €

DONNÉES PERSONNELLES

POUR LES VAUTOURS DE L'ASSURANCE, LA SÉCU REPRÉSENTE, EN PLUS D'UNE MANNE FINANCIÈRE, UNE SOURCE EXCEPTIONNELLE DE DONNÉES PERSONNELLES À EXPLOITER.

**DONNÉES
PERSONNELLES**



On n'y pense pas toujours, mais la Sécurité sociale connaît tout de nous : nos besoins de santé, notre situation familiale, celle de nos enfants, notre situation professionnelle, et cela sur cinq générations. Bref, tout ce que nous avons de plus personnel et privé se trouve à la Sécurité sociale.

Sa masse financière et aujourd'hui la puissance des données personnelles qu'elle détient, de notre naissance à notre mort, font de la "fille de la CGT" l'entité qui doit avoir le plus gros contrat sur la tête.

LE PLFSS 2025 NE VA PAS DÉROGER À LA RÈGLE :



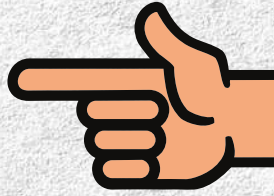
Le PLFSS vient de sortir et les craintes que nous pouvons avoir dans notre 1er numéro de « Les maux de la Sécu » se traduisent dans ce projet de loi de finance de la Sécurité sociale 2025.

Sous prétexte de vouloir préserver notre modèle de protection sociale par un budget dit « de responsabilité », le gouvernement BARNIER va poursuivre son affaiblissement.



Indexation des retraites de base sur l'inflation

reportée de janvier à juillet 2025,
permettant sans remords d'économiser environ 4 milliards
d'euros sur le pouvoir d'achat des retraités.



Baisse du taux de remboursement des consultations médicales par l'Assurance Maladie

de 70 à 60%, alors même que la consultation va, elle, augmenter.

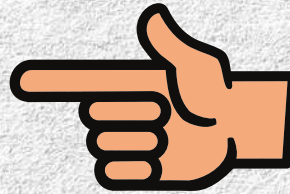


Le PLFSS 2025 prévoit un transfert d'une partie des remboursements des consultations vers les complémentaires santé.

L'augmentation du ticket modérateur sur les consultations médicales (y compris celles des sages-femmes), permettrait de réaliser une économie de 1,1 milliard d'euros. Mais ce transfert de remboursement ne sera pas sans douleur pour les assurés car les complémentaires santé parlent déjà d'augmenter leur taux de cotisation.

Indemnités journalières de Sécurité sociale

revues à la baisse (- 600 millions d'Euros).

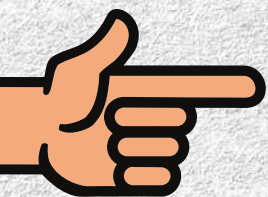
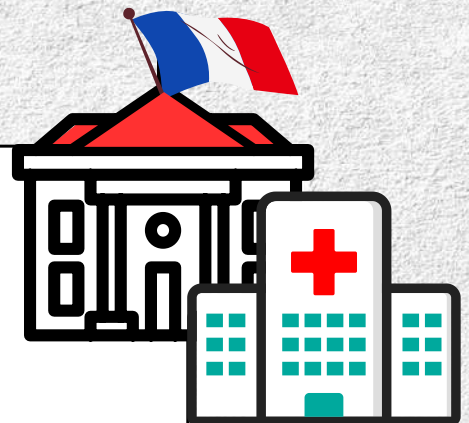


En ce qui concerne les arrêts maladie, le gouvernement a décidé de réduire le plafond de prise en charge des indemnités journalières.

Désormais, à partir du 4ème jour d'arrêt, l'Assurance Maladie versera une indemnité équivalent à 50 % du salaire journalier, mais dans la limite d'un plafond de 1,4 fois le SMIC, contre 1,8 SMIC auparavant, générant ainsi une économie de 600 millions d'euros.

Taux de cotisation des employeurs territoriaux et hospitaliers,

relèvement de 4 points par an
dû à la caisse nationale de retraite des agents des
collectivités locales (CNRACL) qui permettra d'amorcer le
redressement de ce régime structurellement déficitaire
et apportera 2,3 Mds € de recettes supplémentaires pour
la branche vieillesse.



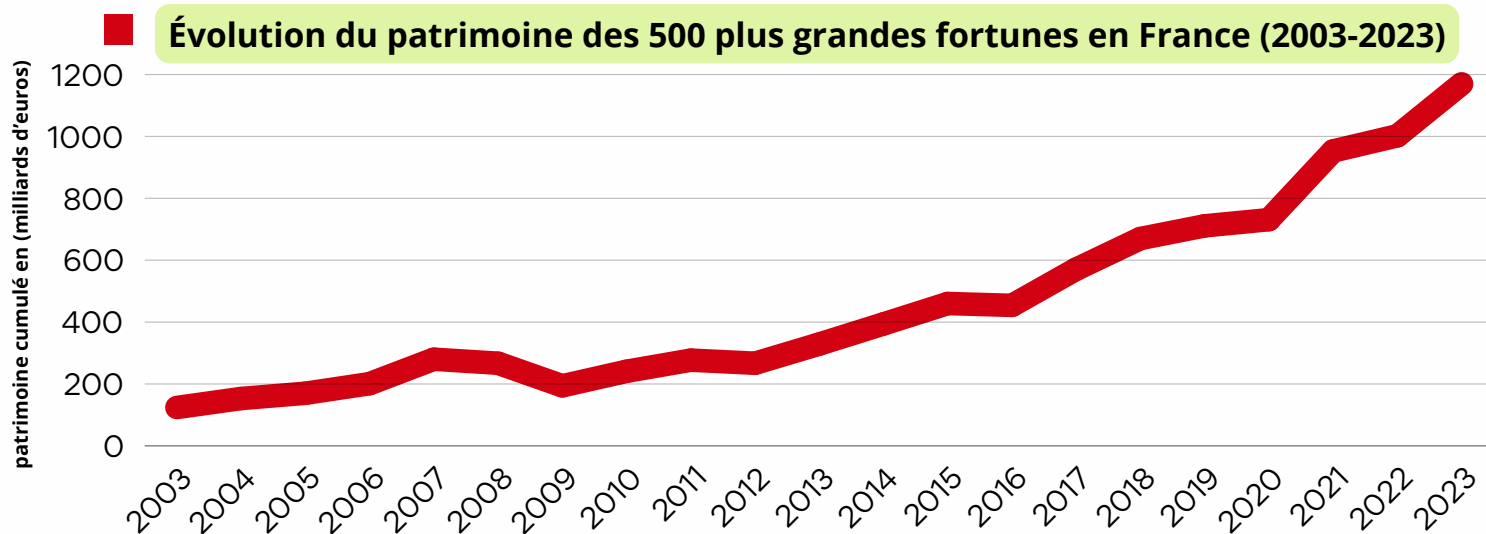
ALORS QUE...



...le patrimoine des 500 plus grandes fortunes professionnelles françaises a pratiquement décuplé en 20 ans,

passant de 124 milliards d'euros en 2003 à 170 milliards d'euros en 2023, (source : Challenges),

voilà que l'État, avec tout son courage, préfère s'attaquer aux collectivités locales et aux citoyens plutôt qu'aux plus riches, qui sont aussi ceux qui captent le plus les revenus du travail (voir graphique évolution du patrimoine des 550 plus riches de France).



Source : Observatoire des inégalités

DERRIÈRE LE VERNIS DES CHIFFRES, LA VÉRITÉ DES MOTS



Dans leur présentation du PLFSS, BARNIER et ses serviteurs annoncent une **augmentation de 3,1 % de l'enveloppe destinée aux établissements de santé**. Cependant, cette hausse inclut 1,1 milliard d'euros liés à l'augmentation des cotisations de retraite pour la fonction publique hospitalière.

En réalité, derrière cette prétendue hausse se cache un plan d'économies de plus de 600 millions d'euros sur les établissements de santé.



LES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES



C'est avec la loi du 11 avril 1930, sur les assurances sociales, que naissent les indemnités journalières, et c'est en 1953 qu'elles seront fusionnées avec les indemnités journalières maladie de la Sécurité sociale.

Mais voilà, comme le dénoncent nos Camarades de la CGT des organismes sociaux dans une communication intitulée « **INDEMNISATION DES ARRÊTS MALADIE...CHRONIQUE D'UNE MORT ANNONCÉE** », selon les gouvernements successifs, les salariés malades coûteraient trop cher.

Même si la ficelle est bien usée, elle fonctionne toujours aussi bien : montrer du doigt de vilains profiteurs qui seraient des malades imaginaires, doublés d'escrocs, le tout avec la complaisance de médecins ripoux qui auraient la feuille "arrêt maladie" facile.

Bref, culpabiliser le malade pour qu'il accepte les efforts et passe à la caisse sous le regard d'un patronat qui se frotte les mains.

D'après BARNIER, l'explosion des dépenses IJSS (Indemnité Journalière Sécurité Sociale) n'aurait pour seuls responsables que des médecins complaisants et des malades imaginaires. BARNIER nous fait donc du Molière mais loin d'être comique, la pièce tourne à la tragédie.

Aux oubliettes les répercussions des différentes réformes des retraites qui ont pour conséquence un vieillissement des travailleurs, tout comme la sous-déclaration des AT/MP qui se transforme souvent en simple arrêt maladie. A lui seul, le coût de cette fraude oscillerait entre 2 et 3,6 milliards d'euros par an. Aux oubliettes la dégradation des conditions de travail qui augmente, les accidents, les maladies, les burn-out. Aux oubliettes également la fraude aux cotisations des entreprises.

Le 9 septembre dernier, lors de son audition en commission des finances, Bruno Lemaire, ministre démissionnaire, a annoncé la couleur : c'est « notre modèle social, c'est ça qui risque de faire réellement déraiser les comptes publics dans les années à venir ».

Lui, qui a plongé la France dans les abîmes du quoi qu'il en coûte pour sauver les trésoreries des entreprises et les dividendes des actionnaires, porte les même propos que Kessler, vice président du MEDEF, qui demandait de détruire tous les conquies de 1936 et du CNR.

Il suffirait donc d'anéantir cette belle jeune fille de 80 ans qu'est notre Sécu pour résoudre les problèmes économiques de la France : on tue la jeune fille et terminé les dérapages !





« Quand le sage désigne la lune, l'idiot regarde le doigt. »

La CGT l'a toujours dénoncé, mais personne ne semblait vouloir la croire : « les plus gros fraudeurs à la Sécu sont du côté du patronat ».

Cette affirmation va à l'encontre des idées reçues, alimentées par la droite et l'extrême droite méprisant les travailleurs, qui tentent par tous les moyens de stigmatiser les plus modestes et les plus fragiles.

Cependant, le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFPS) a récemment révélé* cette réalité longtemps ignorée : sur les 13 milliards d'euros de fraude à la Sécurité sociale, 6,9 milliards sont imputables à des cotisations détournées en raison du travail dissimulé.



Il est à noter que ce rapport ne prend pas en compte les sous-déclarations d'accidents du travail, alors même que la commission présidée par un magistrat de la Cour des Comptes avait estimé, en 2021**, que ces sous-déclarations avaient coûté entre 1,2 et 2,1 milliards d'euros à la branche maladie chaque année. Si l'on ajoute aux 13 milliards les 2,1 milliards d'euros de sous-déclarations, cela fait passer l'addition à 15,1 milliards d'euros.

Ainsi, entre la fraude aux cotisations sociales (6.9 Milliards €) et les sous-déclarations d'accidents du travail (2.1 Milliards €), les patrons sont responsables de 60% du montant total des fraudes.

Voilà une approche de la fraude sociale qui bat en brèche le discours « anti-pauvre » des classes dominantes.



Discours largement repris par leurs VRP politiques de droite, voulant démontrer que, faute d'être des assistés, les « salauds » de pauvres trichent.

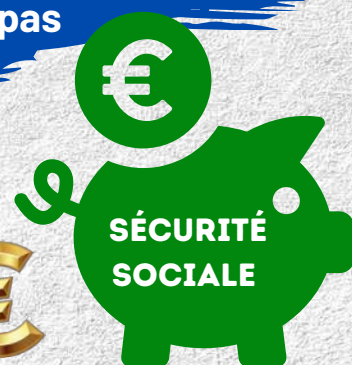


*<https://www.securite-sociale.fr/home/hcfps/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfps/rapport.html>
**<https://www.securite-sociale.fr/home/medias/presse/list-presse/rapport-sous-declaration-atmp-21.html>

PLFSS avec chaque année la fausse volonté de vouloir « sauver » notre **Sécurité sociale**, patronat et gouvernement ne manquent pas d'imagination pour, en réalité, l'affaiblir afin d'asservir toujours plus les travailleurs au profit du capital !

QUE NOUS RÉSERVAIT LE PROJET DE LOI DE FINANCE DE LA SÉCU 2025 AVANT LA MOTION DE CENSURE ?

La réponse à un plan d'économie et certainement pas la réponse aux besoins des patients.



l'Assurance Maladie

4 MILLIARDS €

Baisse du remboursement des médicaments et des dispositifs médicaux.

Baisse du plafond de prise en charge des indemnités journalières en cas d'arrêt maladie. Souvent, le reste à charge est compensé par les employeurs.

Baisse de la part de l'Assurance maladie dans le remboursement des consultations chez le médecin et les sages-femmes et hausse proportionnelle de la part des complémentaires santé.

Augmentation du ticket modérateur.



l'assurance retraite

4 MILLIARDS €

Report du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet de l'indexation sur l'inflation des retraites de base.



PLUTÔT QUE DE FAIRE DES ÉCONOMIES QUI IMPACTENT LES ASSURÉS, POURQUOI NE PAS ALLER CHERCHER LES 80 MILLIARDS D'EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES QUI BÉNÉFICIENT AU PATRONAT SANS QUE L'ON PUISSE EN MESURER LE BÉNÉFICE POUR L'EMPLOI ?

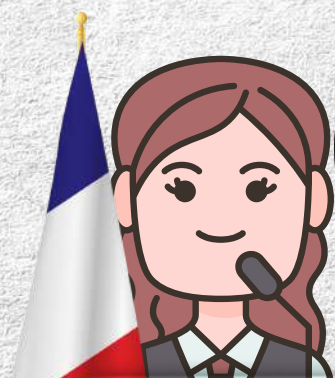
Une journée supplémentaire travaillée "gratuitement" est envisagée = nouvelle atteinte aux conquies des travailleurs.

TICKET MODÉRATEUR SUR LES MÉDICAMENTS

M

!!

La ministre de la Santé, Geneviève Darrieussecq,
vient de l'annoncer le 18 novembre au Sénat :



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE LA PRÉVENTION
*Liberté
Égalité
Fraternité*

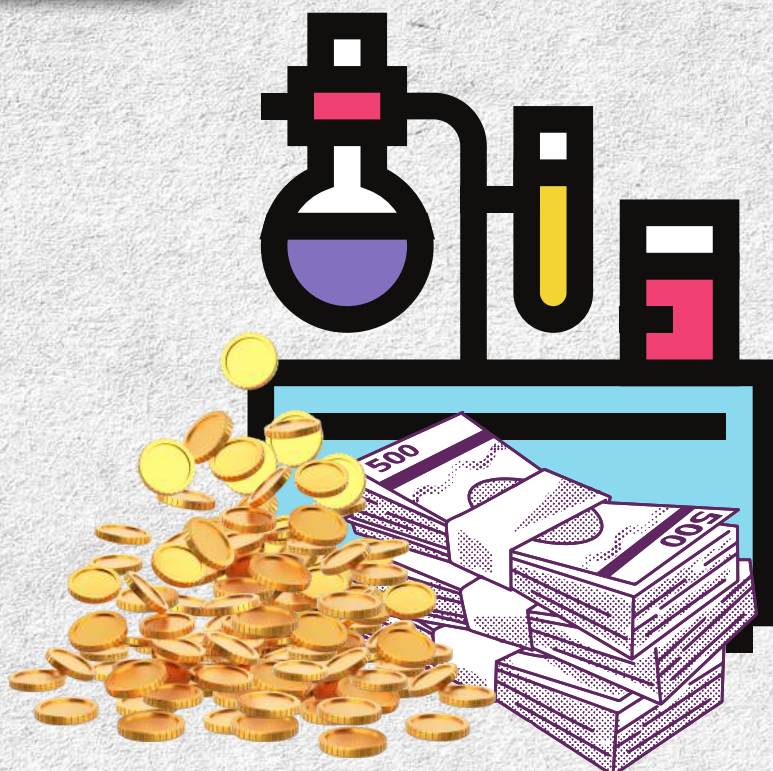
le Ticket modérateur
sur les médicaments
augmentera de

5 %



Cette hausse du reste à
charge pour les patients
et assurés intervient
alors même que

les laboratoires
pharmaceutiques
continuent d'engranger
des bénéfices
considérables en France.



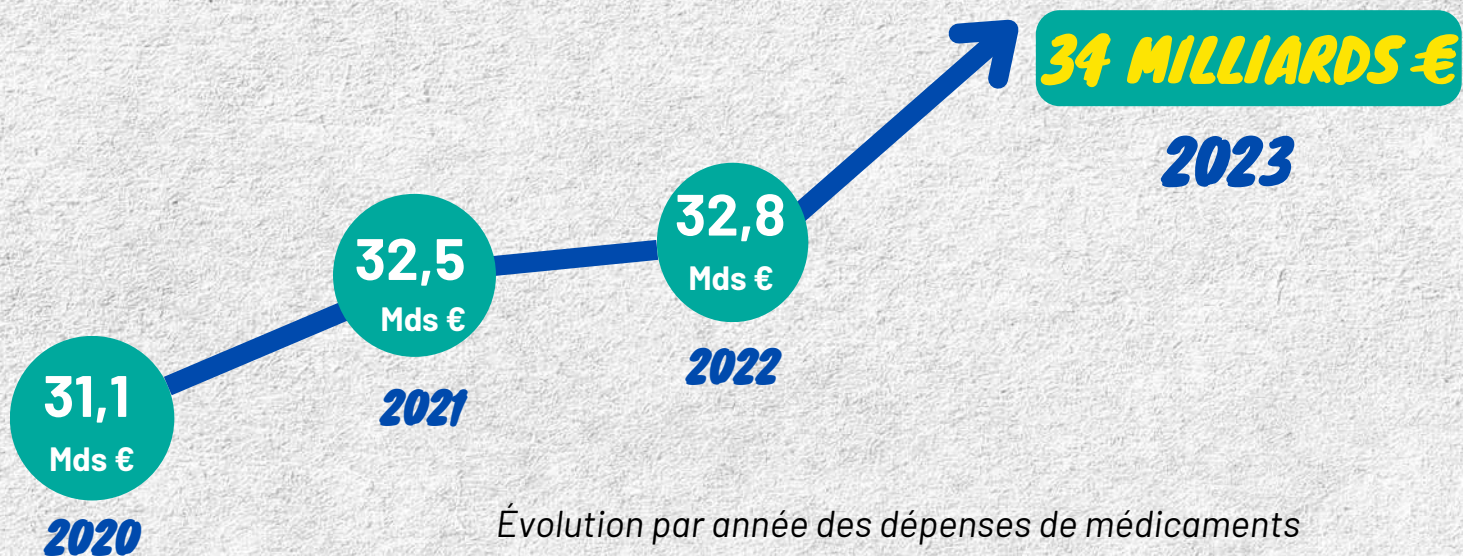
De leur côté, les patients devront payer à partir de 2025,

1,5 MILLIARD d'euros supplémentaires
pour leurs traitements sous ordonnance.

Une somme qui sera directement
ponctionnée dans les poches, déjà
bien vides, des assurés sociaux.



**EN 3 ANS L'ÉVOLUTION DES VENTES SUR LES SEULS
MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE REPRÉSENTE UNE
AUGMENTATION DE 3 MILLIARDS D'EUROS DE CHIFFRE D'AFFAIRES.**



Évolution par année des dépenses de médicaments
sur prescriptions médicales dites « ambulatoires »
(Source INSEE).

Plutôt que de s'attaquer aux bénéfices des grandes entreprises pharmaceutiques,

en les contraignant, par exemple, à davantage de transparence sur le coût de production et de recherche de leurs principes actifs, le gouvernement choisit de cibler les malades.



La décision de la ministre de la Santé, nous mène vers un accès aux soins thérapeutiques à deux vitesses, laissant fatalement sur la touche les plus vulnérables.

Emmanuel Macron, avec l'aide de son nouveau lieutenant Bayrou, veille à protéger le monde de la finance, quoi qu'il en coûte pour les patients.

MAIS AU FAIT, C'EST QUOI LE TICKET MODÉRATEUR



Le ticket modérateur correspond au taux de participation de l'assuré dans le financement des soins. C'est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge du patient (le fameux « reste à charge ») après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des actes et médicaments, de la situation et du respect ou non du parcours de soins coordonné. La complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie du montant du ticket modérateur.

En 1928 (loi sur les assurances sociales) le ticket apparaît pour « responsabiliser » l'assuré. Une des ordonnances de 1945 créait l'assurance de longue maladie (ALO). Une exonération du ticket modérateur a été accordée au malade « atteint d'une affection de longue durée nécessitant un traitement régulier et notamment l'hospitalisation, ou lorsque son état nécessite le recours à des traitements ou à des thérapeutiques particulièrement onéreux ».

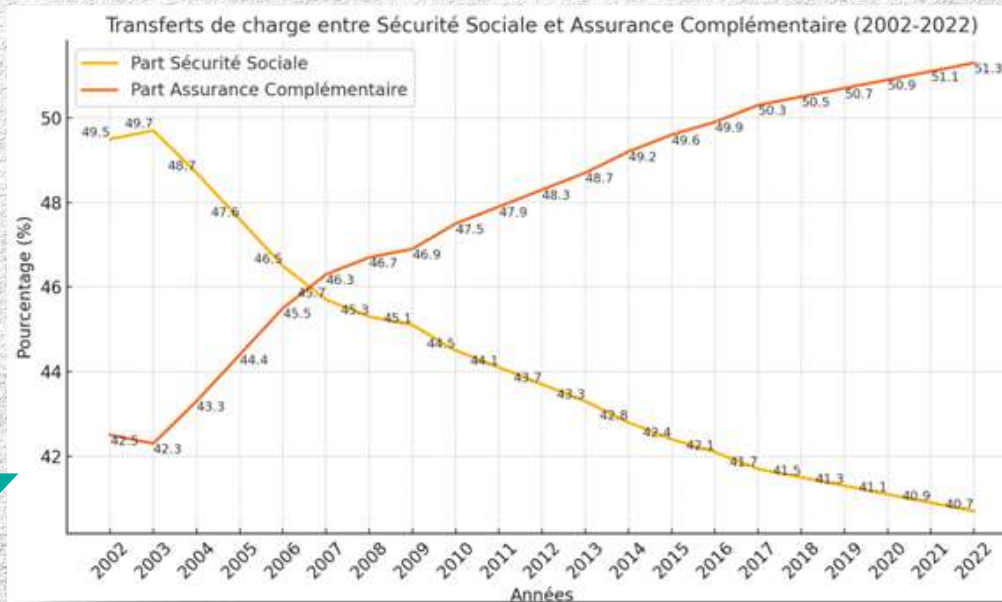
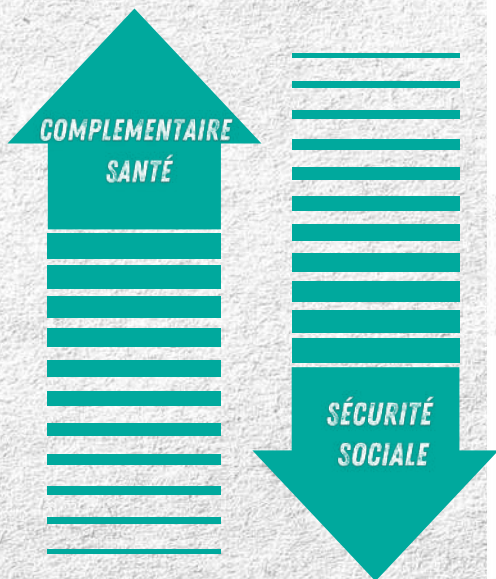
Ce ticket modérateur EN CONSTANTE AUGMENTATION nous éloigne toujours plus du 100 % Sécu que revendique la CGT.

DE LA SÉCURITÉ SOCIALE VERS LES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ, TRANSFERT DE CHARGE.



Comme l'indique le graphique ci-après, selon la société de courtage en assurance « AON » « les années 2006/2007 marquent le point de bascule du transfert de charge de la Sécurité sociale, vers les complémentaires santé, pour la prise en charge des soins de santé.

Effectivement, c'est dans les années 2006/2007 que la part complémentaire santé prend la part dominante pour les remboursements de soins de santé.



**UN RISQUE MAJEUR POUR LES PATIENTS,
LA MÉDECINE À DEUX VITESSES UNE RÉALITÉ POUR TOUS.**

***PLUS LE TRANSFERT DE CHARGES S'ACCENTUERA,
PLUS LES PRIX DES COMPLÉMENTAIRES SANTÉ AUGMENTERONT.***

CE QUI ENTRAÎNERA INÉVITABLEMENT UNE HAUSSE DES COÛTS POUR LES ASSURÉS.

Il est important de noter que, contrairement à la Sécurité sociale (où chaque euro cotisé, à l'exception des frais de gestion, est destiné au remboursement des soins), les assurances (au contraire des mutuelles) complémentaires santé sont à but lucratif.

Ainsi, un euro cotisé ne correspond pas nécessairement à un euro utilisé pour les remboursements de soins. Une partie de ces cotisations est détournée vers les bénéfices, qui sont ensuite redistribués aux actionnaires de ces organismes.



ACTIONNAIRES



Nous le savons :

les foyers contraints par des budgets serrés, optent pour des complémentaires santé à bas prix, qui offrent une couverture limitée, cela limite donc leur accès à des soins devenant de plus en plus coûteux ou spécialisés.

REPÈRE MUTUALISTE



La Mutualité trouve ses origines au XVII^e siècle, avec les caisses de prévoyance des corporations. Celles-ci ont été supprimées en 1791 par la loi Le Chapelier. Dans la quasi-clandestinité, les mutuelles sont reconnues officiellement par un décret de Napoléon III, qui y voit l'opportunité de mettre le nez dans les sociétés de secours ouvrières (car les fonds pouvaient, à l'occasion, servir à soutenir une grève).

C'est dans le contexte du Front populaire de 1936 et les accords de Matignon qu'arrive l'essor des mutuelles ouvrières.

Les années et les siècles passent, mais les combats restent les mêmes.

Dès le début de l'ère industrielle, la loi Le Chapelier, adoptée le 14 juin 1791, a porté un coup sévère à l'organisation collective des travailleurs.

Cette loi interdisait non seulement les corporations, mais aussi toute forme d'association ou de regroupement entre ouvriers pour défendre leurs intérêts, qu'il s'agisse de syndicats ou de grèves. En clair, son objectif était de briser toute solidarité ouvrière et de maintenir les travailleurs isolés face au patronat.

Il a fallu attendre la loi Ollivier de 1864 pour que le droit de grève commence à être timidement reconnu et la loi Waldeck-Rousseau de 1884 pour que les syndicats soient enfin légalisés.

Aujourd'hui encore, le droit de grève et des acquis sociaux essentiels comme la Sécurité sociale sont constamment remis en cause par le patronat, montrant que les luttes sociales restent aussi actuelles qu'à leurs débuts.



UN LENT MAIS CONTINU CHEMIN DE LA SOLIDARITÉ COLLECTIVE, VERS LE LUCRATIF CAPITALISME.

Les sociétés de secours mutuel, les mutuelles ouvrières, sont l'œuvre, à l'origine, des bourses du travail avant même la création de la CGT. Destinées à assurer le plus possible un minimum de soins moyennant une cotisation, elles sont bien le fruit du monde ouvrier, la solidarité ouvrière, notre ADN.

Le patronat, qui n'a pas digéré la loi de 1946 sur la Sécurité sociale, n'a de cesse de réduire le financement de cette dernière, pour à terme récupérer ce pactole de plus de 630 milliards d'euros annuels. Les mutuelles ont été conservées par la loi de 1946, d'où le maintien du ticket modérateur afin de ne pas les tuer. Pour ceux qui n'avaient pas de mutuelle, il y avait exonération totale du ticket modérateur. Ces mutuelles se sont de plus en plus développées en réponse aux attaques du patronat sur notre système de santé et à la baisse des ressources sciemment organisée par ce dernier et les gouvernements successifs, leurs fidèles serviteurs.

En parallèle, le secteur assurantiel lucratif, représenté par des géants comme AXA, s'est rapidement intéressé à ce marché. Ces acteurs privés, mus par des logiques de profit, ambitionnent de se développer aux dépens des véritables mutuelles, menaçant ainsi l'esprit originel de solidarité et d'entraide ouvrière.

SÉCURITÉ SOCIALE/HÔPITAL, UNE LOGIQUE COMPTABLE POUR LES MÊMES MAUX.



La logique rampante d'équilibre économique impose aux hôpitaux, depuis les années 1980, des restrictions qui se traduisent par des suppressions de lits, de poste, et une baisse des moyens matériels, ce qui engendre de moins bonnes conditions de prise en charge des patients. Dégradations que le personnel hospitalier œuvre 24H/24 et 7J/7 à rendre les moins pénalisantes pour les patients.



**QUAND LA SÉCURITÉ SOCIALE A DE LA FIÈVRE,
C'EST TOUTE LA SANTÉ QUI EST MALADE.**

À la tête des hôpitaux, on trouve des gestionnaires totalement obsédés par les indicateurs de performance, les yeux rivés sur des tableurs Excel.

La réponse aux impératifs budgétaires illustre la bascule vers la marchandisation de la santé et, pire encore, vers la marchandisation de la maladie.

Cette logique pousse à faire des choix dictés par les moyens, au détriment des besoins réels des patients.





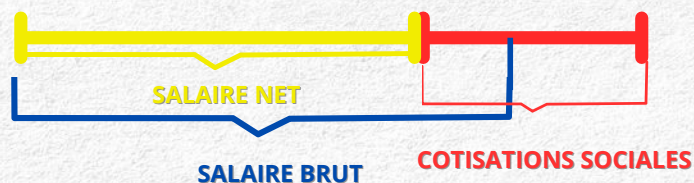
MON BULLETIN DE SALAIRE ET MOI



Mon salaire est la transformation de ma force de travail en rémunération.

Ce salaire ne s'arrête pas au « NET », mon bulletin de salaire c'est aussi toute la part socialisée dans un système solidaire : les fameuses cotisations sociales qui sont au final du revenu différé dont je peux bénéficier à chaque fois que mes besoins le rendent nécessaire.

SALAIRE SOCIALISÉ



Par exemple :

➔ je suis malade, pas besoin de priver mes enfants de la sortie cinéma pour payer mes soins, **j'ai cotisé selon mes moyens et je reçois selon mes besoins.**

➔ Je ne peux pas travailler pour des raisons de santé, pas de panique, je peux ne pas aller au boulot tout en continuant à payer le loyer de la maison,

➔ **j'ai cotisé selon mes moyens et je reçois selon mes besoins.**

J'ai besoin de lunettes, pas la peine de faire un choix entre l'achat des lunettes ou le cadeau d'anniversaire du dernier des enfants,

➔ **j'ai cotisé selon mes moyens et je reçois selon mes besoins.**

Bref, on peut trouver des exemples jusqu'à la retraite, et même à l'âge de la retraite.

➔ **La Sécu est toujours là, pour répondre à mes besoins.**

Il est très dangereux de se laisser tenter par des politiciens de droite et d'extrême droite qui expliquent vouloir augmenter ton « pouvoir d'achat » en rapprochant le salaire brut du net, car la différence entre le brut et le net c'est elle qui te permet de pouvoir vivre durant les accidents de la vie et ceux de tes parents et enfants.



SANS LA SÉCU, MALADE, T'ES À LA RUE !!!