



## Vers le 100% Sécu des soins prescrits ;

Propositions à discuter.

### 1. L'assurance-maladie : un système à deux étages.

Après la création de la Sécurité sociale en 1945, l'assurance-maladie est organisée en deux « étages ». Les mutuelles ont maintenu leur existence en prenant en charge le ticket modérateur non remboursé par la Sécu. Coexistent donc l'Assurance maladie obligatoire (AMO), la sécu et l'Assurance maladie complémentaire (AMC) facultative. Cette construction pose plusieurs problèmes.

Les complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance et assurances privées) ont progressivement pris de l'importance à partir des années 1980 du fait de politiques successives qui ont visé à fragiliser la Sécu: recul des remboursements opérés par la Sécurité sociale, développement des dépassements d'honoraires et instauration de forfaits et de franchises entre autres. Les plans d'économie se sont succédé dans le cadre de l'Objectif national des dépenses d'assurance obligatoire (ONDAM) fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS, créée en 1996). Le transfert de 134 milliards de la dette sociale liée à la crise Covid sur la Sécu (ordonnance d'août 2020) participe de cette politique. Parallèlement, les évolutions législatives transcrivant les directives européennes et acceptées par la mutualité ont entraîné une mise en concurrence avec les sociétés d'assurance et la transformation de l'assurance-santé complémentaire en un marché.

Il est aujourd'hui quasiment indispensable de souscrire à une complémentaire pour ne pas subir des restes à charge prohibitifs en cas de maladie. Mais ce système est inégalitaire car le niveau de couverture et de remboursement par la complémentaire santé dépend du contrat souscrit et du montant versé en cotisations par les assurés. La mise en concurrence a entraîné le développement de la tarification forfaitaire et à l'âge ce qui fait que les retraités sont particulièrement maltraités par ce système. La complémentaire-santé coûte de plus en plus cher. De ce fait, une partie de la population n'y souscrit pas (5 % soit 12% des personnes qui constituent les 20% les plus pauvres). Les études montrent que plus on est riche, moins la complémentaire pèse dans le budget.

Ce système est très éloigné du principe fondamental de la Sécurité sociale qui veut que chacun cotise selon ses moyens et perçoive selon ses besoins. Il est renforcé en 2016 par la généralisation du contrat obligatoire d'entreprise pour les seuls salariés, institué par une loi découlant de l'Accord National Interprofessionnel (ANI). C'est la transposition à la Fonction publique de ce régime qui est organisé par la réforme en cours qui commence à entrer en vigueur. Liberté d'adhésion et choix de la complémentaire disparaissent, en contrepartie d'un financement de l'assurance complémentaire santé de 50% par l'employeur public, uniquement pour les agents en activité, à l'exclusion des retraités.

### 2. Les complémentaires santé, un marché inflationniste

La presse fait état de la hausse très importante des cotisations des complémentaires santé (et même le rapport d'une commission du sénat s'en alarme)

Le gouvernement transfère de plus en plus de remboursements sur les complémentaires (optique, dentaire, ophtalmo) qui, de ce fait, augmentent leurs tarifs. Le gouvernement fait mine d'exercer une pression sur les complémentaires pour qu'elles modèrent leurs tarifs, mais sans envisager des mesures de rétorsions contre celles qui feraient flamber les prix. Pour une raison structurelle : cette inflation est le résultat d'une politique consistant à développer un marché soumis à l'exigence de rentabilité.

Sa seule réponse est de faire appel au mythe de la concurrence alors que la réforme de la PSC élimine de nombreux "opérateurs" notamment des mutuelles, et renforce les ententes entre les "gros" opérateurs du marché. S'il y a un semblant de concurrence, ce n'est pas par les prix car la hausse des tarifs décrite plus haut dément l'éventualité. Les deux principaux processus permettant d'augmenter les parts de marché sont les ententes et la puissance publicitaire

La mise en place de la PSC dans la Fonction publique, prolongeant celle de l'ANI de 2016, renforce indéniablement le pouvoir des complémentaires santé par l'extension d'un marché, qui est de fait soutenu par l'État. La PSC modifie le rapport de forces contre la Sécu dont elle consacre le recul organisé par le pouvoir. Ce qui est en question, c'est l'extension des activités de marché et d'intérêts privés. La concurrence est intense, la PSC fonction publique étant un enjeu important dans le partage du marché entre complémentaires.

La MGEN est exemplaire de cette stratégie d'adaptation au marché, elle s'est fixé l'objectif de devenir en 5 ans le leader sur les marchés de contrats collectifs dont elle est quasi absente aujourd'hui. Elle organise un plan social pour supprimer 20 % des emplois par des départs "volontaires". 70 détachés, souvent syndiqués, doivent quitter la MGEN sur un total de 350, certains de ses centres de santé ferment. Pour réduire les « coûts » et faire de la place aux managers orientés « business ». Selon les informations de New Assurance pro, la MGEN, filiale du groupe Vév aurait décidé de s'associer à CNP assurances afin de mettre toutes les chances de son côté dans l'appel d'offre.

Aujourd'hui, le choix des opérateurs (par l'employeur) pour les ministères qui mettent en place la PSC en 2025 est significatif : le ministère de l'écologie a choisi la start-up ALAN (la MGEN couvrait les 2/3 des personnels), désignée également opératrice pour les services du 1<sup>er</sup> ministre et les assistants parlementaires. Pour le ministère de la Défense, ce seront UNEO (Mutuelle des Forces Armées) pour les militaires et Harmonie mutuelle pour les civils. Au ministère de l'agriculture, le consortium Agrica, Crédit Agricole et Groupama a remporté le marché en confiant la gestion au groupe Mercer, société américaine « plus grand cabinet de conseil en ressources humaines du monde ». Et ce en dépit de l'opposition de Elan commun (CGT, FSU et Solidaires). L'accord dans la FPT est gelé par l'Etat car jugé trop favorable aux personnels.

La privatisation se poursuit allègrement et le marché est de plus en plus conquérant.

### **3. Les mutuelles communales, un paradoxe : gérer le social en le sous-traitant à des acteurs privés.**

Certes, c'est une réponse à la demande sociale des exclus de la PSC, des populations les plus précaires et certaines communes l'intègrent dans leur projet politique mais les petites mutuelles ont des difficultés à assurer la mutualisation du risque maladie qui se fait entre les

personnes les plus exposées à ce risque du fait de leur âge et/ou de revenus modestes. Les communes jouent le rôle de courtiers de contrats gérés dans la plupart des cas par les assurances privées.

Dans la Revue de l'IRES, n°103-104, 2021, Clémentine Comer constate « la difficulté à garantir la municipalisation de la protection sociale faute de moyens financiers qui y sont pleinement dédiés et à défaut d'avoir pleinement la main sur les dispositifs d'assurance qui demeurent privés ».

Les personnes exclues de fait des contrats collectifs notamment les retraités et les populations en situation de précarité, recherchent désespérément une protection complémentaire (rappelons le taux important de non recours à la C2S de la part de personnes qui y auraient droit). Elles sont la proie d'un déchaînement publicitaire qui attire le chaland et à qui l'on demande d'adhérer en 3 clics.

#### **4. « La Sécu à 100 % des soins prescrits », un objectif inatteignable ?**

\_ **Une Sécurité sociale efficace** : la part de la Sécu dans le financement des dépenses de santé, déjà historiquement élevé, s'est accrue lors de la crise sanitaire : les dépenses supplémentaires qu'elle a entraînées ont été principalement prises en charge par l'assurance maladie qui finance la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) à hauteur de 80%. Mais les soins de ville sont moins bien couverts par la Sécu (69,8%) que les soins hospitaliers (98%). Les complémentaires santé ne remboursent que 13% environ des dépenses de santé : un chiffre qui reste stable alors que le montant des cotisations explose. Par ailleurs les frais de gestion des complémentaires santé s'élèvent à 16% pour les instituts de prévoyance, 19% pour les mutuelles et 22% pour les sociétés d'assurance. Ils ont progressé de 30% depuis 2010. Ces frais sont exorbitants en regard de ceux de la Sécurité sociale (entre 4 % et 6%). Au total (complémentaires et Sécu), ils s'élèvent à 7,7 milliards alors que la Sécu finance 6 fois plus de prestations. Ce système de double payeur est inefficace économiquement. Telle est la remarque de la Cour des Comptes qui montre qu'une grande Sécu serait plus efficace qu'un cumul Sécu et complémentaires.

\_ **Le basculement vers les complémentaires santé est inacceptable** idéologiquement, économiquement et socialement. La seule option possible est celle du 100% Sécu des soins prescrits, assise sur les principes de solidarité et d'égalité.

Le 100% Sécu des soins prescrits ce n'est pas le « panier de soins » mais ce qui assure à toute la population l'accès à des soins de qualité pour vivre en bonne santé. La prise en charge de la perte d'autonomie en fait partie.

Dans ce cadre des pistes sont à explorer : quel contenu donner à ce 100% des soins prescrits ? Qui le définit ? On pourrait imaginer une instance regroupant personnels de santé, usagers, Recherche médicale, élus et institutionnels de la Sécu etc... ? Avec la réhabilitation de la cotisation sociale et le retour à la gestion démocratique de la sécu.

Quel rôle pour les mutuelles : politique de prévention ? Centres de santé ?

Un pôle public du médicament s'impose naturellement.

#### **\_ La fausse solution de l'extension du Régime Local d'Alsace Moselle à l'ensemble du pays**

Il ne s'agit en fait que d'une super complémentaire dont il n'est pas question de priver les bénéficiaires actuels, car elle est avantageuse pour eux, mais sa généralisation ne répond pas aux objectifs liés au 100 % sécu

- Elle assure le remboursement directement par la Sécurité Sociale à un taux plus élevé (90%) mais (sauf exception – le forfait journalier est remboursé) sur la base des tarifs opposables de la Sécurité Sociale : ainsi, lunettes, appareils auditifs ... sont remboursés à des tarifs dérisoires et d'ailleurs les contrats d'entreprise découlant de l'ANI de 2016 y sont également obligatoires.
- elle est obligatoire, mais non universelle, ne s'adressant qu'aux salariés (et retraités) du secteur privé, excluant les fonctionnaires
- la gestion démocratique mise en avant ne concerne que la partie complémentaire, la gestion des CPAM concernées est identique au reste du territoire français.
- le financement repose uniquement sur une cotisation des salariés, sans participation de l'entreprise. Ce système ne répond donc pas à la nécessaire augmentation des recettes de la Sécurité Sociale et la situation financière des hôpitaux d'Alsace Moselle est aussi mauvaise qu'ailleurs !

**\_ On objectera que l'objectif de la Sécu à 100 % est inatteignable** dans l'immédiat compte tenu du « contexte », parce qu'il faut prendre en compte le rapport de forces et faire preuve de réalisme, ne pas se contenter de brasser des idées générales et ne pas négliger les « avancées » que l'on peut arracher.

Ce raisonnement est légitime mais problématique lorsque les « avancées » ne vont pas dans le bon sens, celui de la « transformation sociale » que nous souhaitons. Elles ne peuvent être considérées comme des étapes intermédiaires vers l'objectif de « Sécu à 100 % des soins prescrits » puisqu'elles s'en éloignent. Les principes de solidarité sont bafoués, les inégalités renforcées et la Sécu affaiblie.

L'accès égalitaire à la santé fait l'objet d'un consensus fort dans notre société, consensus qui est même supérieur au consensus sur les retraites qui a permis une grande bataille. Le système de santé est en crise profonde.

Le gouvernement refuse de s'attaquer aux racines des problèmes, figé dans ses dogmes, notamment celui de la baisse des dépenses publiques et des privatisations. Le milieu des soignant.es dans sa diversité est en ébullition, les mouvements sociaux, syndicaux et citoyens, notamment au plan local, sont disséminés dans tout le pays,...Un très grand nombre de médecins, de syndicalistes, d'experts et même d'institutions, du HCAAM jusqu'à l'improbable Cour des comptes, critiquent le système à deux étages et son cortège d'inégalités. Le « contexte » n'est pas si défavorable qu'on se l'imagine.

Quelles étapes intermédiaires pour lui donner de la chair, comment mieux réfuter les points faibles du pouvoir. Quelles alliances, syndicales et au-delà, quels modes de mobilisation, quelles coordinations ?

**La France a largement les moyens de mener une politique plus ambitieuse de santé, financée à 100% par la Sécurité sociale. Il s'agit d'un choix politique qui passe aussi notamment par une autre politique en matière d'emploi, de salaires et de services publics.**