

Pourquoi nous défendons la création d'une assurance maladie universelle

Union
syndicale
Solidaires

Mai 2017

Quels sont les enjeux du débat autour d'une assurance maladie universelle ou intégrale ?

Les propositions choc du candidat François Fillon de remettre très sérieusement en cause le système de remboursement de certaines dépenses de santé, de ne laisser à la Sécurité sociale que les affections graves ou de longue durée pour confier tout le reste à l'assurance privée, ont suscité beaucoup de protestations, jusque dans les rangs de ses partisans. C'est ce qui l'a contraint à reculer et à présenter un autre programme, plus acceptable en apparence.

Mais l'intérêt de la polémique est qu'elle a aussi suscité des prises de position très radicales défendant le principe d'une assurance maladie universelle, encore appelée, intégrale et fait resurgir dans le débat cette revendication portée par des organisations syndicales. Parallèlement elle a provoqué un positionnement plutôt conservateur de la part de la Mutualité française qui, on le verra un peu plus loin, défend ses propres intérêts et non l'intérêt général.

Il faut également noter toutes les réactions qui ont montré qu'il y avait un attachement très fort de la population au système de Sécurité sociale. C'est ce qu'a d'ailleurs confirmé une enquête réalisée en décembre 2016 : la Sécurité sociale arrive en tête des préoccupations, 71 % des personnes interrogées en ont une opinion très positive, contre seulement 16 % d'opinion négative, viennent ensuite les services publics (52 % / 26 %).

Pour comprendre ce qui est en jeu, une analyse juste et affinée de la situation actuelle est nécessaire.

Dans le système de Sécurité sociale français, les dépenses de santé sont financées essentiellement par le produit des cotisations sociales assises sur les salaires d'une part, par la CSG assise sur l'ensemble des revenus des personnes d'autre part. On peut donc affirmer que le financement de ces dépenses est socialisé.

Mais ces dépenses n'ont jamais été prises en charge en totalité¹, il est toujours resté à la charge des malades une part appelée ticket modérateur. Entre 1950 et 1980, la couverture maladie s'est généralisée à l'ensemble de la population. Dans le même temps la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé est passée de 50 % à 80 %.

Mais depuis plus d'une quarantaine d'années, au nom de la réduction du déficit du régime d'assurance maladie, et parfois au nom de l'alibi de la responsabilisation des assuré-es, les niveaux de remboursement -tout particulièrement ceux des médicaments depuis 1975- vont être régulièrement abaissés. L'instauration de franchises médicales² en 2008, de participations forfaitaires (le forfait hospitalier remonte à 1983) ainsi que les dépassements autorisés d'honoraires des médecins vont augmenter sérieusement le reste à charge des assuré-es.

Mais au-delà de ces désengagements, les pouvoirs publics vont progressivement renforcer la place des complémentaires dans le système de santé.

- **En 1989 la loi Evin** sur la prévoyance renforce les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques et fixe les règles entre l'Etat, les assurés et les organismes complémentaires.
- **En 2004**, l'ensemble des organismes complémentaires, quel que soit leur statut, y compris le régime d'Alsace-Moselle, sont regroupés au sein de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam), l'objectif du gouvernement étant de mieux les associer, à titre consultatif, au dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie. Cette institutionnalisation équivaut à la création d'un deuxième pilier de l'assurance maladie en établissant une symétrie entre un service public obligatoire et des entreprises privées !
- **La généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise** à l'ensemble des salariées du secteur privé au 1^{er} janvier 2016 vient en partie parachever ces évolutions en ouvrant encore un peu plus largement le secteur de la santé à la marchandisation.

Pour éviter une trop grande dérive, les pouvoirs publics ont mis en place des « contrats responsables », ce qui conduit à renforcer la légitimité des complémentaires santé.

Les désengagements de l'assurance maladie vont légitimer et accélérer le développement d'organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) qui, en contrepartie de cotisations individuelles, vont rembourser tout ou partie de la différence laissée aux assuré-es par l'assurance maladie. Le résultat est un transfert de compétences de la Sécurité sociale vers les complémentaires et une ouverture, plus grande et organisée, de la santé au marché.

La mise en concurrence qui s'en est suivie a conduit progressivement les mutuelles à se rapprocher des pratiques des assurances privées (certaines mutuelles ont de moins en moins à voir avec des pratiques solidaires) et à une concentration de ces organismes. Depuis 2001, le nombre de mutuelles a été divisé par trois et celui des institutions de prévoyance par deux. On dénombre actuellement 453 mutuelles, 94 sociétés d'assurances et 26 institutions de prévoyance. Selon le rapport 2015³ de la Drees (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) si les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la couverture santé complémentaire, leur part de marché diminue au profit des assurances.

Une autre conséquence particulièrement inquiétante de la concurrence est le rapprochement en cours entre mutuelles de la fonction publique, sociétés d'assurances et instituts de prévoyance.

¹ La participation de l'assuré aux tarifs est à 20 % (Article 24 de l'ordonnance n° 45-2454 du 19 octobre 1945)

² Sommes déduites des remboursements sur les médicaments, actes paramédicaux, et transports sanitaires

³ La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

Comment sont financées les dépenses de santé en 2015

Données de l'Etude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees : Etudes et Résultats septembre 2016)

La Sécurité sociale finance 76,8 % (+ 0,2 point par rapport à 2014) des dépenses de santé évaluées à 195 milliards en 2015, les organismes complémentaires 13,3 % (- 0,3 % sur 2 ans) et le reste à charge des ménages s'établit à 8,4 % (- 0,8 point sur quatre ans). Les ménages consacrent en moyenne 1,21 % de leur revenu disponible brut à leur reste à charge en santé. Les complémentaires santé couvrent près de 90 % de la population.

La lecture de ces quelques chiffres suggère déjà que la situation n'est pas satisfaisante, mais il est nécessaire d'aller plus loin dans l'analyse. En effet les taux de prise en charge sont très contrastés selon les assuré-es et selon le type de dépenses, et sont par conséquent très inégalitaires.

- Plus de 10 millions de personnes, c'est-à-dire une personne sur 6, bénéficient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (diabète, affections psychiatriques, tumeurs malignes...).
- Les dépenses à l'hôpital sont prises en charge à 90 %, alors que celles relatives aux soins médicaux ne le sont en moyenne qu'à hauteur de 65 %. Pour les soins dentaires, le niveau de prise en charge publique n'est plus que de 37 %, pour tomber à 4,3 % pour l'optique !

Dans ces conditions, de facultatif, le recours à une assurance complémentaire est devenu une nécessité, quand bien même elle ne couvrirait pas l'ensemble des restes à charge.

En effet, tout le monde n'est pas logé à la même enseigne, pour des raisons financières : s'assurer auprès d'une complémentaire santé peut se révéler trop coûteux et peut contraindre la personne à opter pour le contrat le moins cher et donc le moins protecteur. Ainsi le dispositif pénalise les personnes aux revenus modestes.

Le renoncement aux soins n'est pas un phénomène marginal

Plus du quart (26,5%) des personnes, qui se présentent à un guichet de la « Sécu », disent avoir déjà renoncé à des soins dans l'année. Les renoncements les plus fréquents sont les problèmes dentaires, d'audition, d'optique mais également des consultations chez le médecin.

Pour l'assurance maladie le renoncement aux soins n'est pas marginal en France : « *De par son ampleur et ses conséquences multiples, le renoncement aux soins, source d'inégalités et de dépenses supplémentaires à moyen et long termes, devient un défi qui concerne la collectivité dans son ensemble* ».

Etude publiée en juin 2016 par
18 caisses primaires d'assurance maladie.

En outre, les complémentaires santé sont très inégalitaires du fait de cotisations ou de primes le plus souvent forfaitaires -voire même plafonnées-, croissantes avec l'âge des bénéficiaires, où les prestations sont très variables selon la nature du contrat, contrairement à l'assurance maladie obligatoire où le niveau de remboursement est le même pour tous. C'est ce qui explique notre opposition¹ à la disposition² qui a rendu obligatoire au 1^{er} janvier 2016 une couverture complémentaire santé dans le cadre d'un contrat collectif dans toutes les entreprises du secteur privé. Pour nous, c'est une nouvelle tranche au mille-feuille existant, système plus inégalitaire que l'assurance maladie obligatoire car il exclut les chômeurs, les retraités-es³, les fonctionnaires et les étudiant-es et crée des inégalités fortes entre les salarié-es qui ont un emploi stable ou pas. Tout ce qui lie le remboursement des dépenses de soins à l'emploi pose problème, et tout particulièrement dans un contexte de chômage massif. En effet, la perte de l'emploi implique à terme celle de la prise en charge partielle de la complémentaire, de même au moment de la retraite. Dans de nombreuses situations, cela se traduit pour les personnes concernées par un coût supplémentaire élevé, faisant obstacle à se couvrir auprès d'une complémentaire.

En parallèle, la couverture maladie universelle -CMU- complémentaire (5,3 millions de bénéficiaires en 2015) -gérée par la Sécurité sociale- permet une prise en charge à 100 % pour ceux et celles qui ne dépassent pas un plafond de revenus. Pour les personnes qui en sont écartées et dont les revenus restent en deçà d'un deuxième plafond, un autre dispositif a été créé en 2004, celui de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé -ACS- (1,32 million de bénéficiaires en 2015) mais qui conduit inévitablement à en exclure d'autres. On pourrait continuer à empiler toute une série de dispositifs ciblés par population (le dernier en date est le contrat senior au 1^{er} janvier 2017) qui non seulement ne rendent pas l'accès au système de santé plus égalitaire mais rompent la solidarité entre les personnes.

¹ Les Utopiques N°3- septembre 2016

² Loi dite de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013

³ Les nouveaux retraités quittant leur entreprise voulant rester couverts par leur complémentaire santé d'entreprise, doivent payer la part employeur et subir une hausse progressive des tarifs pendant 3 ans, jusqu'à un maximum de 150 %, maximum qui a disparu du décret du 21 mars 2017.

« Pour les assurés sociaux attachés aux principes de solidarité, la seule option possible est celle de la reconquête de la Sécurité sociale. »

« Que sont les mutuelles devenues ? » Texte du 20 janvier 2017 de Frédéric Pierru et André Grimaldi membres du collectif pour une santé égalitaire et solidaire.

Comprenne qui pourra

Depuis 1983 pour responsabiliser les assurés sociaux (comme si c'était eux qui décidaient de suivre un traitement, d'aller à l'hôpital, passer un scanner...) et pour diminuer les dépenses de santé, il a été laissé à la charge des personnes hospitalisées une somme forfaitaire par journée passée à l'hôpital ou à la clinique d'un montant de 18 €.

Or au travers des contrats responsables et solidaires -qui permettent de bénéficier d'avantages fiscaux et sociaux- les complémentaires santé doivent prendre en charge le forfait journalier hospitalier intégralement et sans limitation de durée ! Ne serait-il pas plus simple de le supprimer ?

La Sécu à 100 % n'est pas une utopie, c'est même possible

Pour toutes ces raisons, l'Union syndicale Solidaires revendique un renforcement de l'assurance maladie obligatoire afin de parvenir progressivement à un remboursement intégral des dépenses de santé. C'est pour nous la voie la plus juste et la plus solidaire.

Mais cette idée n'est pas du tout partagée par la Mutualité Française.

En effet, dans une tribune du journal « Le Monde » du 24 janvier 2017, son président ne pose la question que pour y répondre par la négative : « *Peut-on croire, doit-on croire à l'utopie d'une assurance maladie universelle, d'une sécurité sociale intégrale ?* ». Pourtant, à l'origine, mouvement mutualiste et syndicalisme défendaient la même cause et poursuivaient le même objectif, celui d'améliorer le niveau de protection sociale collective. Mais il faut se rendre à l'évidence, la mutualité confrontée à la concurrence s'est trouvée contrainte de tordre le cou à certaines de ses valeurs.

Nous, nous y croyons à cette utopie, nous revendiquons le 100 % Sécu car c'est le sens de la construction d'une société solidaire garantissant un égal accès à un système de santé, certes loin d'être parfait, que nous devons absolument améliorer.

Nous avons un autre désaccord de fond quand il affirme « *une assurance maladie intégrale serait de nature à fragiliser l'ensemble de l'édifice ...* ». Au contraire, la place prise par les complémentaires santé dans le système, suite aux désengagements successifs des pouvoirs publics, fragilise le principe tant revendiqué d'un égal accès à des soins de qualité sur tout le territoire. Une étude de la Drees de mars 2017 conclut d'ailleurs que le fait d'avoir un système mixte limite la solidarité au sein de la population.

Notre syndicalisme, très attaché au principe d'universalité qui soutient le système d'assurance maladie obligatoire, continuera à défendre la solidarité :

- Entre les malades et les biens portants, car elle permet de garantir à toute personne de recevoir les soins nécessaires dont elle a besoin, indépendamment de ses capacités financières.
- Et entre les hauts et les bas revenus car une contribution proportionnelle permet un financement plus important de la part des plus hauts revenus. Cet objectif est aujourd'hui en partie rempli, dans la mesure où les cotisations et la CSG sont en effet proportionnelles aux revenus.

Or la solidarité n'existe pas au sein d'un système d'assurance privée. C'est notamment le cas des complémentaires santé où, le plus souvent, la cotisation est forfaitaire voire plafonnée, et où le niveau de couverture varie en fonction de la cotisation payée. Plus on paie et plus la prise en charge est importante. Mais cela écarte les plus modestes d'entre nous, contraints de renoncer ou de différer des dépenses de santé trop onéreuses comme les prothèses, les soins dentaires, d'optique... ou encore en cas de dépassements d'honoraires.

Ce n'est pas l'intérêt général qui anime les protagonistes de l'assurance privée, mais bien les profits qu'ils peuvent en retirer.

NON, la Sécurité sociale universelle est loin d'être une utopie pour plusieurs raisons :

- **Il serait déjà possible d'améliorer le niveau de remboursement** pour toutes et tous en réintégrant dans le régime obligatoire les 35 milliards de cotisations ou de primes que nous versons aujourd'hui pour avoir une complémentaire. S'il faut dépenser plus, autant avoir un prélèvement plus égalitaire !

Il faudrait y ajouter les 4 milliards d'aides publiques consacrés aux contrats collectifs et représentant les exonérations fiscales et sociales dont bénéficient employeurs et salariés.

- **Il existe déjà un régime particulier**, existant uniquement en Alsace-Moselle, qui montre qu'il est possible de mettre en place un régime d'assurance maladie obligatoire allant vers une prise en charge à 100 % (voir encart ci-contre).

« Au contraire de l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire et les restes à charge induisent très peu de transferts entre groupes de revenus. La mixité du système d'assurance maladie français est donc également un facteur limitant de sa solidarité entre classes de revenus ».

Extrait de l'étude de la Drees de mars 2017 : « Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ? »

Une utopie (presque) déjà réalisée : l'exemple de l'Alsace-Moselle

En 1945 au moment de la création de la Sécurité sociale, les trois départements (Haut Rhin, Bas Rhin et Moselle) ont conservé le régime d'assurance maladie obligatoire mis en place par l'Allemagne en 1884. Comme d'autres catégories de la population (fonctionnaires, agents EDF, SNCF, etc.) ayant obtenu le maintien de leurs régimes spécifiques, le régime local Alsace-Moselle fut maintenu à titre provisoire puis pérennisé par une loi du 31 décembre 1991.

Le régime Alsace-Moselle est un régime dérogatoire, obligatoire et complémentaire au régime général, il concerne les seuls salarié-es qui y travaillent (ou qui y ont travaillé) et qui relèvent du régime général de Sécurité sociale. La contrepartie est une cotisation supplémentaire sur les salaires dont le taux peut varier de 0,75 à 2,5 % selon les besoins, son taux actuel est de 1,5 %. Il est à noter que les employeurs ne financent pas le régime local complémentaire pourtant obligatoire. D'une façon générale ce système local permet une prise en charge des dépenses de santé (honoraires, médicaments, auxiliaires médicaux, prothèses ...) à hauteur de 90 % et à 100 % pour les frais d'hospitalisation (le forfait hospitalier est remboursé à 100 %). Ne sont pas concernés les soins dentaires, les dépassements d'honoraires.

C'est le régime général qui prélève la cotisation du régime local et qui verse les prestations, ce qui fait que les coûts de gestion sont fortement réduits.

- Une assurance publique gérée par la Sécurité sociale permettrait d'économiser des frais de publicité, des frais de gestion (entre 6 et 7 milliards pour la sécurité sociale pour un montant de dépenses de 150 milliards, et le même montant pour les organismes complémentaires pour un montant de dépenses de 32 milliards d'euros), ainsi que le coût du capital pour les groupes assurantiers qui distribuent des dividendes. Enfin, cela simplifierait la généralisation du tiers payant, qui cette fois-ci aurait véritablement un sens et une efficacité.

Alors oui, nous défendons une assurance maladie universelle car c'est une des pistes, pas la seule il est vrai, pour combattre les inégalités de santé, les inégalités de revenus. C'est aussi déterminant pour une société qui se veut plus juste et plus solidaire. Mais pour cela il faudra d'abord supprimer les franchises médicales, les forfaits, et bien sûr interdire les dépassements d'honoraires et réfléchir à une autre organisation du système de santé qui permette de répondre au plus près des besoins des populations selon une démarche participative en lien avec tous les acteurs de terrain.

Nous sommes également conscients qu'il faudra parvenir à imposer des tarifs encadrés par la Sécurité sociale et opposables aux professionnels et fabricants, tout spécialement pour les dépenses dentaires, d'optique et de prothèses. Il est inadmissible que les besoins dans ces domaines fassent l'objet de tarifs pouvant varier d'un point à un autre du territoire et qu'ils soient source de profits. Il en est de même du secteur du médicament qu'il faut soustraire à l'emprise des multinationales pour le regrouper au sein d'un pôle public de recherche pharmaceutique.

Nous sommes déterminés à faire avancer ces revendications, c'est le sens du progrès social, et d'une société qui assure à chacun-e une protection individuelle incluse dans un projet collectif. L'appartenance collective est une condition de la liberté individuelle, l'institution qu'est la Sécurité sociale permet de faire société.

« Le trou de la Sécu »

L'utilisation de l'expression « trou de la Sécu » n'est pas fortuite, elle renvoie à l'idée que l'institution est en déficit parce qu'elle vit au-dessus de ses moyens, qu'elle fait des dépenses inutiles ou excessives, le discours est désormais bien rôdé.

Le déficit de la sécurité sociale est régulièrement médiatisé et instrumentalisé par les politiques de tous bords pour imposer une réduction des dépenses sociales, prétextant gaspillages, abus, irresponsabilités... entraînant à chaque fois une dégradation de la couverture offerte dans le domaine de la santé ou de la retraite.

Mais c'est toujours au nom de la sauvegarde du système que des mesures libérales sont mises en œuvre, ce qui conduit à renoncer aux ambitions de départ de faire de la Sécurité sociale un instrument de cohésion sociale et de solidarité nationale.

Rappelons d'abord que ce déficit a été largement organisé par les gouvernements successifs. Depuis les années 90, ils ont mené des politiques constantes d'exonérations de cotisations patronales. Le chômage de masse, largement entretenu pour faire pression à la baisse sur les salaires, prive la Sécurité sociale de millions de cotisant-es.

Refusant de nous inscrire dans cette approche technicienne et budgétaire des responsables politiques, nous pensons donc qu'il est beaucoup plus juste de parler des besoins de financement de la Sécurité sociale. Et en cas de besoins supplémentaires totalement justifiés, une fois éliminés les dépenses et les coûts parasites, il faut envisager pour l'assurance maladie une augmentation des recettes, c'est-à-dire des cotisations employeurs et des contributions des assuré-es et une diminution des dépenses liées au coût des médicaments ou de certains honoraires qui sont autant de profits privés.

Le choix de faire entrer les mutuelles dans le champ des assurances

Avec les directives européennes de 1992 concernant les « *entreprises d'assurance* », il revenait au gouvernement de définir cette notion. Se posait notamment la question des organismes habilités à intervenir dans le domaine de la protection complémentaire qui dépendaient de trois systèmes juridiques différents :

- les organismes d'assurance relevant du code des assurances ;
- les institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale ;
- les mutuelles relevant du code de la mutualité.

C'est à la demande de la Fédération nationale de la Mutualité française et de son président René Teulade que le gouvernement a décidé de faire figurer les mutuelles relevant du code de la mutualité parmi les « *entreprises d'assurance* » au sens européen. Cette inclusion leur permet de pouvoir accéder au marché européen (libre prestation de services).

En contrepartie, les mutuelles vont devoir respecter les règles prudentielles et de solvabilité applicables aux entreprises d'assurance. En 2001 le nouveau code de la mutualité transpose les directives européennes.

Vos droits, vos luttes, votre syndicat...

www.solidaires.org contact@solidaires.org,

144 boulevard de la Villette 75019 Paris, 01 58 39 30 20

