

Pourquoi nous défendons la création d'une assurance maladie universelle

30 mai 2017

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 longues durée pour couvrir 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'arrière de la polémique est qu'elle a aussi incité 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, en la venant 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 affûtée 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 versées sur les salaires d'une part, par la CSG ainsi que l'ensemble des versements des pensionnés 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'allègement de la responsabilité des assurés-es, les niveaux de remboursement ont particulièrement baissé pour les médicaments depuis 1973- voir être régulièrement abaissés. L'instauration de franchises médicales² en 2008, de participations forfaitaires (le forfait hospitalier remonte à 1963) ainsi que les départements autonomes d'honoraires des médecins vont augmenter sérieusement le reste à charge des assurés-es.

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

- En 1989 la loi Veil sur la prévoyance renforce les garanties offertes aux personnes assurées comme 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'Alain-Moudele, sont regroupés au sein de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unacram), 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 salariés du secteur privé au 1^{er} janvier 2016 vient en partie parachèvement 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 combler tout ou partie de la différence laissée aux assurés-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 (certains mutuelles ont de moins en moins à voir avec des pratiques solidaires) et à une cooptation 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 433 mutuelles, 94 sociétés d'assurances et 20 institutions de prévoyance. Selon le rapport 2015³ de la Drees (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation 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 partiellement inéquitable de la concurrence est le rapprochement en cours entre mutuelles et la fonction publique, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance.

¹ La participation de l'Assuré aux soins est à 20 % (Article 24 de l'ordonnance n° 45-2454 du 18 octobre 1945)

² Somme déduite des remboursements sur les médicaments, actes paramédicaux, et transports sanitaires

³ La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

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 salarié-es 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

- Emplacement : inFORMER LES SALARIÉ-ES > Tous les arguments > Les argumentaires >

- Adresse de cet article :

<https://solidaires.org/Pourquoi-nous-defendons-la-creation-d-une-assurance-maladie-universelle>