

Note de la commission protection sociale : Le droit à une complémentaire santé ou le droit à une prise en charge à 100% ?

La loi dite « *de sécurisation de l'emploi* » du 14 juin 2013, rend obligatoire, d'ici janvier 2016, dans toutes les entreprises une couverture complémentaire santé, dans le cadre d'un contrat collectif obligatoire. Ce dispositif existe déjà dans certaines grosses entreprises. L'extension concerne environ 4 millions de salariés surtout dans de petites et moyennes entreprises.

En quoi consiste cette assurance complémentaire ?

Il s'agit de contrats collectifs proposés par des organismes complémentaires (mutuelles, compagnies d'assurances, institutions de prévoyance) nommées également complémentaires d'entreprise pour prendre en charge des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire. Les branches professionnelles choisiront un organisme après mise en concurrence des différents opérateurs.

Toutefois, les contrats collectifs et obligatoires, pour être éligible aux niches fiscales prévues par la dite loi, devront respecter les critères suivants :

- 100% de la base de remboursement des consultations, actes techniques et pharmacie,
- prise en charge du forfait journalier hospitalier,
- 125% de la base de remboursement des prothèses dentaires
- un forfait optique de 100€ par an.

La majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins, les participations forfaitaires ainsi que les franchises sont exclues de ce type de contrat.

Les employeurs qui ne respecteront pas les termes du contrat perdront le bénéfice de l'exonération de cotisations sociales et de la déductibilité fiscale. L'organisme complémentaire verrait quant à lui le taux de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) porté de 7 à 14%. Les contrats existants devront aussi respecter ces critères sous peine de ne pas être considérés comme « responsables ». Le coût pour les finances publiques de ces niches fiscales et sociales est estimé à 2,3 milliards d'euros.

Le coût de la complémentaire sera partagé entre l'employeur et le salarié, la prise en charge de l'employeur devant être d'au moins 50%. Cette participation employeur rentrera dans les revenus imposables du salarié. En cas de départ de l'entreprise, pendant un an, le salarié pourra continuer à en bénéficier.

Quelle analyse en faire ?

La mesure de généralisation (toute relative car lorsque le salarié deviendra retraité il n'y aura plus droit) est souvent présentée comme une avancée importante voire comme un progrès significatif pour les personnes qui ne disposent pas aujourd'hui d'assurance complémentaire santé pour des raisons financières.

Il est vrai que le reste à charge laissé aux assurés n'a cessé d'augmenter au sein d'un système qui s'est passablement complexifié au fil du temps : augmentation du ticket modérateur³, hausse régulière du forfait hospitalier, création d'une participation forfaitaire de 1€ en 2005 sur les consultations ou analyses de biologie, ou de 18€ sur les actes lourds, diminution du taux de remboursement passé de 70% à 50%, puis à 30% en 2009 pour les assurés qui ne respectent pas le parcours de soins, instauration en 2008 de franchises sur les boîtes de médicaments, les actes des auxiliaires médicaux, multiplication et augmentation des dépassements tarifaires...

³ Le ticket modérateur est la part des dépenses de santé remboursables qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Si au début des années 1980, la sécurité sociale remboursait encore à hauteur de 80 %, il n'est plus que de 75,5% en 2011. Mais il faut regarder de plus près ces chiffres :

- les dépenses d'assurance maladie les plus importantes c'est-à-dire celles couvrant les 2/3 des dépenses comme les soins hospitaliers restent couverts à 90 %
- les affectations de longue durée (cancer, diabète...) qui touchent 9,5 millions de personnes sont prises en charge à 100%
- en revanche, les soins courants (honoraires médicaux, médicaments ...) ne sont pris en charge qu'à hauteur de 64 % du fait de l'augmentation du ticket modérateur, des forfaits, franchises et dépassements d'honoraires ce qui a contraint en 2012, un tiers de la population à renoncer à des soins pour des raisons financières, soit 33 % de plus qu'en 2009 (selon le « baromètre santé et société » d'Europ Assistance-CSA).

La création de la couverture maladie universelle CMU et de la CMU complémentaire a pu considérée comme une avancée dans l'accès aux soins pour les plus modestes (prise en charge des dépenses à 100% dans le cadre de tarifs régulés et dispense d'avance de frais). Mais le fait d'introduire un plafond de ressources entraîne des inégalités pour ceux et celles qui se situent juste au dessus et qui de fait sont exclu-es de la CMU complémentaire. C'est ce qui a justifié en 2004 la création d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), censée pallier cet inconvénient mais le montant accordé et le niveau de revenus exigé pour y prétendre restent largement insuffisants malgré une revalorisation des plafonds (973 € au 1^{er} juillet 2014 pour une personne seule).

Au 31 décembre 2014, il y avait :

- 2,4 millions bénéficiaires de la CMU de base
- 5,2 millions bénéficiaires de la CMU complémentaire soit 7% de la population.
- 1,2 million bénéficiaires de l'ACS

Avec la mise en place d'une complémentaire obligatoire dans toutes les entreprises du secteur privé, c'est un nouvel étage au millefeuille de la complémentaire. Cela élargira la voie du développement des « sur complémentaires », pour ceux qui en ont les moyens, remboursant les dépenses non couvertes par la complémentaire de base comme les dépassements d'honoraires ou autres restes à charge...

Le désengagement régulier de la Sécurité Sociale sur le niveau de prise en charge obligatoire offre un marché potentiel pour les complémentaires santé. Avec les dépenses de soins courants (optique, dentaire, consultations de médecins,...), leur chiffre d'affaire a progressé de plus de 5 % en un an (32 milliards d'euros en 2012). Ce secteur mélange institutions de prévoyances, mutuelles ou pures assurances privées. Les règles prudentielles adoptées au niveau européen conduisent l'ensemble de ces acteurs à avoir le même type de comportement. Voir encart.

Extrait de la résolution protection sociale du congrès Solidaires de juin 2014

Quelques mutuelles résistent, proposent toujours des tarifs proportionnels aux revenus, mutualisent encore les risques, respectent le code de la mutualité interdisant de sélectionner les risques, mais elles subissent trop de pression des autres, qui offrent des tarifs bas aux jeunes peu malades et demandent le double aux plus de 65 ans.

Le gouvernement fragilise la sécurité sociale. Il instaure la complémentaire santé obligatoire dont les coûts, exonérés de cotisations sociales, feront perdre 2,3 milliards d'euros. Il a aussi poussé à la signature d'un accord qui ne remet pas en cause les dépassements d'honoraires, puisqu'il n'engage qu'un tiers des médecins acceptant de figer leurs dépassements en 2012, autorise 8% de médecins à pratiquer le dépassement. Cet accord incite les mutuelles à augmenter leurs tarifs pour mieux rembourser celles et ceux qui pourront payer et avoir ainsi accès aux meilleurs soins.

Maintenant, nous subissons la mise en application de la mutuelle obligatoire dans les entreprises, et avons déjà ressenti les effets sur les rares mutuelles s'efforçant de respecter leurs principes : elles doivent différencier les tarifs selon les risques pour ne pas perdre le « marché » des personnes à faible risque.

Non ! Les complémentaires santé ne sont pas la réponse.

D'une part, elles ne sont en rien comparable à la Sécurité sociale, car elles comportent des différences d'approche fondamentales et sont de fait souvent très inégalitaires:

- les cotisations des complémentaires ne sont pas la plupart du temps proportionnelles aux revenus, mais forfaitaires, contrairement à la cotisation sociale généralisée (CSG) et aux cotisations sociales de l'employeur,
- elles sont par ailleurs fortement croissantes avec l'âge (côté « PUB », elles vanteront les remises côté jeunes)
- quant aux prestations versées, leur montant et leur nature varient en fonction du contrat souscrit et sont donc très inégalitaires alors qu'au contraire l'assurance maladie obligatoire mutualise les risques et assure une redistribution globale entre bien portants et malades
- d'autre part une partie de la population en est exclue : les retraité-es, les étudiant-es, les chômeur-euses, les fonctionnaires. Comme le souligne le Conseil d'analyse économique dans son rapport d'avril 2014, cela conduit à un inévitable renchérissement des contrats complémentaires individuels (retraités notamment)
- enfin les coûts de gestion, moins élevés pour la sécu qui ne dépense pas en publicité comme les assurances, mutuelles et institutions de prévoyance, et ne rémunère pas les actionnaires comme les assurances.

Par ailleurs, historiquement, la mise en place de ces complémentaires a permis aux entreprises qui en avaient les moyens de distribuer à leurs salarié-e-s autre chose que du salaire. Cela a plusieurs conséquences :

- cadre de négociation en fonction de la santé de l'entreprise et de l'équilibre du régime spécifique
- exonération de cotisations par utilisation des niches sociales et/ou fiscales permises

Ainsi alors que les salaires stagnent globalement, c'est un mécanisme de plus à côté de l'intéressement et de la participation qui distribue de l'argent sous forme non salariale.

En définitive la complémentaire santé obligatoire représente une attaque contre la Sécurité Sociale, car elle participe du mouvement de privatisation de l'assurance maladie. La généralisation de la complémentaire pourrait faire le lit d'un désengagement encore plus important de l'assurance maladie obligatoire compte tenu de l'obstination du gouvernement à réduire les dépenses publiques pour réduire la dette.

Ce mouvement vers une privatisation de la santé est général en Europe. Si nous y regardons de près, la situation de désastre social du système de santé en Grèce est liée en grande partie au lien entre l'assurance maladie et l'emploi. Ce lien sera renforcé en France par la mise en place des complémentaires et ne peut que contribuer à précariser la santé de ceux et celles qui perdraient leur emploi ou seront admis à la retraite.

Ce qui est en jeu c'est le passage d'une logique de prise en charge solidaire pour tous et toutes à une à une logique d'assistance pour les plus pauvres et d'assurance pour les riches.

De façon progressive et insidieuse les principes d'un égal accès au système de soins et de santé se trouvent remis en cause du fait d'un transfert vers les assuré-es d'une part de plus en plus importante du financement de l'assurance santé avec au final le risque d'une détérioration de l'état de santé d'une partie de la population. L'institutionnalisation des complémentaires va maintenir voire renforcer les inégalités.

La mutualité Française défend régulièrement l'idée d'un « droit à une complémentaire santé pour tous » au prétexte qu'il serait « *vain et illusoire de croire que l'assurance maladie pourra demain améliorer les niveaux de remboursement* ». Elle a beau jeu d'affirmer aujourd'hui que « *les complémentaires sont indispensables pour accéder aux soins durablement* » tant il est vrai que progressivement le reste à charge laissé aux assurés n'a cessé d'augmenter. Une vision à l'opposé de celle de Solidaires.

Les exigences de Solidaires

Pour Solidaires il y a mieux à faire que de faciliter l'accès à une complémentaire, il faut renforcer l'assurance maladie obligatoire. Seule une couverture santé universelle est en mesure de réduire les inégalités actuelles et d'offrir à tous et toutes une prise en charge identique des besoins de santé, dont le financement serait fonction de tous les revenus de chacun et non de ses risques!

Lorsque l'assurance maladie obligatoire prend en charge, le niveau est le même pour tous, ce qui n'est pas le cas d'une complémentaire santé qu'elle appartienne à une assurance, à une mutuelle ou une institution de prévoyance.

Comme une partie du financement revient à la collectivité (via les exonérations de cotisations notamment), autant augmenter le niveau de remboursement des dépenses de santé, en privilégiant dans un premier temps celles qui sont le moins bien prises en charge aujourd'hui comme l'optique et le dentaire, des secteurs où le renoncement aux soins est fréquent.

Ce que nous réclamons au sein de Solidaires, c'est le droit à une prise en charge intégrale des dépenses de santé pour qu'effectivement le reste à charge ne soit plus une barrière financière dans l'accès aux soins pour les plus modestes. Si la réalisation de cet objectif peut passer par différentes étapes, la mise en place des complémentaires va clairement à l'opposé.

Les négociations actuelles d'entreprises et de branches

Cette mise en œuvre généralisée n'est ni juste, ni satisfaisante, néanmoins les équipes syndicales vont se trouver confrontées à des négociations qui auront des impacts significatifs sur les fiches de paie des salarié-e-s (en prélèvements et ensuite en prestations éventuelles). Nous pensons possible de participer à ces négociations tout en alertant les salarié-e-s et en rappelant nos positionnements de fond.

Nous alertons sur les éléments suivants pour que la mise en œuvre soit la plus égalitaire possible dans les entreprises :

- il y a un enjeu pénalisant pour les petits salaires en termes de montant de cotisations en cas de plancher et/ou forfait. Prendre aussi garde aux termes en ce qui concerne les temps partiels. S'assurer que cotisations et montant des prestations ne soient pas liés
- il faut vérifier qu'il n'y a pas de situation plus favorable pour les personnels cadres que non-cadres.
- Vérifier dans quelles conditions les personnes en CDD sont concernées, afin qu'elles ne soient pas en situation de payer sans pouvoir bénéficier des prestations
- les enjeux en général portent sur les montants des frais d'optique et dentaires, peu remboursés par la sécurité sociale
- il y a un enjeu concernant les ayant-droits (enfants, conjoint-e-s, ...)

La commission protection sociale de Solidaires organisera une réunion spécifique sur ces questions de complémentaires pour avoir une meilleure connaissance des différents accords et des pratiques des équipes dans ce cadre.