

I. Une organisation à 2 étages de l'assurance maladie qui pose problème

- Notre pays se caractérise par une organisation à deux étages pour la prise en charge des mêmes soins avec d'une part l'assurance maladie obligatoire (AMO) gérée par « la sécu » et d'autre part l'assurance maladie complémentaire (AMC) gérée par des centaines d'opérateurs qui se font concurrence.
- Cette organisation est le résultat d'un compromis passé avec les mutuelles pour leur permettre de continuer d'exister lors de la création de la sécurité sociale en 1945 : la Sécu devait viser un remboursement des dépenses de santé à 80 % tandis que les mutuelles prendraient en charge une partie du ticket modérateur, laissé à la charge du patient.
- L'ordonnance du 4 octobre 1945 réservait la protection sociale complémentaire (PSC) à deux familles d'organismes : les mutuelles et les institutions de prévoyance (IP). Mais au nom de la concurrence « libre et non faussée », le droit européen a mis fin dans les années 1980 à l'exclusion des sociétés privées d'assurance du champ de la PSC et remis en cause plusieurs avantages réservés aux IP et mutuelles.
- La PSC des fonctionnaires a été historiquement organisée par les mutuelles de fonctionnaires sur la base d'un lien professionnel : aucune obligation pour l'agent public d'adhérer à la mutuelle de son ministère mais celui-ci y adhérerait presque naturellement puisqu'elle avait la gestion de son régime de base (la partie Sécu de son assurance maladie).
- Avec le chômage et la multiplication des exonérations et allègements des cotisations sociales dites patronales, l'assèchement des ressources de la sécurité sociale à partir des années 1980 a permis aux gouvernements successifs de transférer des dépenses publiques socialisées vers des dépenses privées contraintes en réduisant la part remboursable et donc remboursée par la Sécu (77,8 % des soins globaux en 2017).
- Cette moyenne cache de nombreuses disparités : 100 % pour les affections de longue durée (ALD), 80 % pour les frais d'hospitalisation mais seulement un peu plus de 50 % pour le reste, avec notamment une part négligeable pour l'optique, les soins dentaires et les prothèses auditives.
- Suite à la crise financière de 2009, les règles prudentielles imposées au niveau européen en matière de solvabilité ont contraint nombre d'opérateurs complémentaires à se restructurer pour pouvoir se maintenir sur le « marché » : les fusions et absorptions pour atteindre une taille critique ont ainsi divisé par 4 le nombre d'opérateurs sur 2 décennies et renforcé la concentration (sur 455 opérateurs en 2018, les 20 plus grands se partageaient un peu plus de 50 % des cotisations).
- Comme le désengagement de la sécurité sociale rend incontournable le recours aux complémentaires pour limiter les renoncements aux soins, les pouvoirs publics ont peu à peu développé l'idée qu'il fallait généraliser les complémentaires santé en aidant à leur acquisition.
- L'État a d'abord imaginé des mécanismes de solidarité (CMU-C en 2000, ACS en 2004, toutes deux remplacées par la C2S en 2019), puis il a légiféré pour rendre obligatoire la complémentaire dans le privé en 2016 (transposition de l'ANI de 2013) et bientôt dans la Fonction publique (ordonnance du 17 février 2021) avec une participation de

- l'employeur au moins égale à 50 % du montant de la cotisation à un contrat collectif¹ obligatoire, par ailleurs largement subventionné par des avantages sociaux et fiscaux .
- Or, contrairement à la sécurité sociale qui mutualise les risques sur l'ensemble de la population en reposant sur des contributions proportionnelles aux revenus (cotisations sociales et CSG), le secteur des complémentaires est très concurrentiel et fortement inégalitaire.
 - Dans le cadre de la segmentation des risques qu'ils organisent au niveau des contrats individuels, les opérateurs proposent des prestations différentes selon le contrat souscrit sur la base de cotisations qui ne dépendent pas du revenu de l'assuré mais de son âge et de la couverture qu'il peut financièrement se choisir. Ces techniques issues des sociétés d'assurance privées se sont en effet étendues aux mutuelles qui ont ainsi tourné le dos à leurs principes fondateurs,
 - Les contrats collectif obligatoires du secteur privé n'offrent pas la même couverture à tous les salariés : ainsi, ceux des grandes entreprises paient moins cher pour une couverture plus complète car la participation de leur employeur va bien au-delà des 50 % réglementaires. Sont donc pénalisés les salariés des PME, mais aussi les chômeurs et les précaires, totalement exclus, ainsi que les retraités qui subissent une tarification élevée qui augmente avec l'âge.
 - L'existence même de l'AMC permet à la Sécurité sociale de se désengager toujours plus et l'AMC apparaît de plus en plus clairement comme une machine de guerre contre la sécu. Ainsi la réforme gouvernementale indûment intitulée « 100 % santé » qui visait officiellement à réduire à zéro le reste à charge (RAC) des assurés dans les 3 domaines reconnus onéreux pour les patients (lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses) a été un marché de dupes. Non seulement le RAC zéro n'intègre pas tous les soins (seulement un panier de soins minimal) mais il est pris en charge par les complémentaires santé qui ont dû renchérir leurs cotisations pour le financer.
 - Combiner AMO et AMC pour les mêmes soins a par ailleurs un coût :
 - les charges de gestion représentent 6,9 % Mds € pour la Sécu qui couvre toute la population et 7,5 Mds € pour l'AMC qui n'en couvre que 95 % et qui offre 6 fois moins de prestations que la Sécu,
 - les avantages sociaux fiscaux dont bénéficient les contrats collectifs dans le privé s'élèvent à environ 7 Mds €.

II. Une réforme de la PSC dans la FPE qui opère une rupture des solidarités intergénérationnelles

- Annoncée par l'ordonnance du 17 février 2021, la réforme de la PSC dans la Fonction publique oblige désormais les employeurs publics à participer financièrement à une partie de la complémentaire de tous leurs agents. Mais ce financement exclut les retraités et il ne porte, dans la FPE, que sur les garanties santé en renvoyant à une négociation ultérieure la question de la prévoyance.
- L'accord interministériel qui décline cette ordonnance dans la FPE offre quelques avancées par rapport aux dispositions très minimalistes de l'ordonnance mais il confirme la rupture des solidarités intergénérationnelles entre actifs et retraités

1 Pour l'employeur, le montant de sa participation est déduit de l'assiette de ses cotisations sociales mais aussi de l'impôt sur les bénéfices : pour le salarié, déductibilité de sa quote-part de ses revenus imposables.

malgré quelques mécanismes, très insuffisants. Il impose de surcroît des contrats collectifs obligatoires qui risquent fort de porter préjudice aux mutuelles, historiquement très présentes dans la Fonction publique. La 2ème phase de référencement dans la FPE avait déjà montré que nombre de ministères ont fait le choix des assureurs privés à la place des mutuelles historiques ou ont référencé plusieurs opérateurs en même temps.

- Si un ministère conclut un contrat collectif avec un assureur privé, la mutuelle historique n'aura plus les actifs de ce ministère dans son « portefeuille », ce qui renchérra automatiquement le montant des cotisations des retraités.
- Si, au contraire, un ministère choisit « sa » mutuelle historique, les retraités qui feront le choix de souscrire au contrat collectif² n'auront aucune participation de leur ancien employeur et leur cotisation deviendra de plus en plus chère au fur et à mesure qu'ils avanceront en âge. Les néo-retraités passeront ainsi de 50 à 100 % de la cotisation d'équilibre³ la première année, à 125 % la 2ème année, à 150 % de la 3ème à la 5ème année ; leur cotisation sera ensuite plafonnée à 175 % sans augmentation possible au-delà de 75 ans.
- On mesure là le caractère inégalitaire de la PSC, contrairement à la Sécurité Sociale qui garantit que chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoive selon ses besoins.
- Finalement, la généralisation de la complémentaire vise à terme à livrer tout le « marché » de l'AMC aux appétits des assureurs privés et pénalise dans tous les cas les retraités.

III. Il est donc légitime de réfléchir à une autre organisation de notre assurance maladie

- De nombreuses voix se sont élevées pour interroger l'intervention de deux types de financeurs pour un même soin. Citons parmi d'autres le professeur André Grimaldi ou le sociologue Frédéric Pierru.
- Nombre d'institutions réfléchissent également au renforcement de l'assurance maladie obligatoire : le Conseil d'Analyse Économique (note de 2014), la DREES (nombreuses publications), la Cour des Comptes (rapport d'août 2021) et plus récemment le Haut Conseil sur l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ou l'IRES (revue d'octobre 2021 et entretiens du 3 février 2022).
- Critiquant le coût des complémentaires pour les finances publiques mais aussi le caractère inégalitaire de leurs couvertures, ces voix ont montré qu'il était légitime de réfléchir à une autre organisation du financement de notre assurance maladie, que les complémentaires n'étaient plus l'horizon indépassable de cette organisation et que le débat sur la « Sécu à 100 % » était désormais incontournable.
- Reconnaisant que la prise en charge des mêmes soins par l'AMO et l'AMC était complexe, coûteuse et illisible, le HCAAM a ainsi proposé dans son dernier rapport 4 scénarios d'évolution. C'est le scénario n° 2 en faveur d'une « Grande sécurité sociale »

2 Ils disposeront d'un délai d'un an pour adhérer, s'ils le souhaitent, au contrat collectif conclu par leur dernier employeur public de l'État.

3 Comme son nom l'indique, la cotisation d'équilibre sera ajustée chaque année pour s'équilibrer avec les dépenses.

qui a été largement médiatisé car il prévoit l'extension à tous les patients du remboursement à 100 % des soins et examens qui existe dans le cadre des ALD, la suppression des franchises et forfaits actuellement supportés par les patients à l'hôpital et la prise en charge intégrale par la sécu du 100 % santé pour les dépenses en optique, dentaire et audition. Il prévoit par ailleurs une revalorisation à terme de la consultation pour les médecins afin d'accompagner l'abandon éventuel des dépassements d'honoraires du secteur 2.

- Ce scénario de « Grande Sécu » est le plus développé des 4 scénarios proposés par le HCAAM et son coût est chiffré : au-delà des économies réalisées par la suppression des doublons en matière de gestion (6,9 Mds €) et par la suppression des aides socio-fiscales qui subventionnent aujourd'hui les contrats collectifs dans le privé (7 Mds €), le rapport préconise d'augmenter les ressources de la branche maladie en revoyant à la hausse soit les cotisations dites patronales (puisque les employeurs n'auraient plus à financer à hauteur de 50% la PSC de leurs salariés), soit la CSG, soit la part de TVA affectée à la Sécu.
- La FGR-FP s'est prononcée en faveur du 100 % Sécu. Il s'agit là d'une revendication ambitieuse qui suppose évidemment d'en finir avec l'assèchement organisé des recettes de la sécurité sociale (à travers les allègements et exonérations de cotisations sociales).
- La réforme de la PSC dans la FP qui opère une rupture inacceptable des solidarités intergénérationnelles entre actifs et retraités doit nous encourager à initier dès maintenant une large campagne pour faire vivre ce mandat ou à participer aux initiatives prises dans ce sens par d'autres forces syndicales et associatives.
- Bien qu'il soit différent de ce que nous portons à la FGR-FP, le scénario de « Grande sécu » du HCAAM qui a été mis dans le débat public peut nous servir de point d'appui pour faire savoir ce que nous voulons précisément.
- La crise sanitaire liée au COVID a par ailleurs démontré que la Sécu jouait un rôle protecteur essentiel que nous ont envié nombre de pays voisins. Il nous appartient de rappeler en permanence que seule la sécurité sociale permet de mutualiser le risque santé sur toute la population et qu'elle est la seule à être totalement solidaire selon ses principes fondateurs (« de chacun selon ses revenus » et « à chacun selon ses besoins »).
- Le 100 % Sécu que nous revendiquons suppose évidemment que soient repensées les missions des mutuelles. Ces dernières n'ont aucun avenir dans l'univers de « concurrence libre et non faussée » organisé au niveau européen et elles n'ont pas plus d'avenir dans le cadre de la généralisation de la complémentaire dans le privé et la Fonction publique. Elles ont donc tout à gagner à revoir leur champ d'intervention, en se concentrant sur tout ce que la Sécu ne remboursera pas (dépassements d'honoraires tant qu'il y en aura par exemple), sur la mise en réseau des différents acteurs du système de santé (ce qu'elles ont su faire en mettant en place leur réseau de services et d'établissements) et sur la prévention, en s'intéressant notamment aux situations de travail dans le milieu professionnel. Ce chantier n'est pas simple car nombre de nos mandants ont participé au fonctionnement des mutuelles et restent attachés à ces organismes malgré leurs dérives. Des discussions sont donc souhaitables à tous les niveaux pour montrer que le 100% Sécu est bel et bien un choix de société pour plus de justice et de solidarité avec le remboursement à 100% de tous

les soins prescrits et de la prévention, avec la création d'un grand service public de la perte d'autonomie pris en charge à 100% qui porte à la fois sur l'aide à domicile et les EHPAD publics dont le réseau doit être développé.

- Les retraités sont de toute évidence au cœur de toutes ces problématiques. Après le pouvoir d'achat, la défense de la sécurité sociale est la 2ème préoccupation des français. Après 2 années de crise sanitaire liée au COVID, nous sommes dans une période favorable pour être à l'offensive sur cette question. Les comparaisons internationales montrent clairement que les dépenses socialisées en matière de santé coûtent beaucoup moins cher à la société que les systèmes qui favorisent l'assurance privé.
- Le 100% Sécu que nous revendiquons en matière de prise en charge des soins prescrits suppose qu'on en finisse avec l'assèchement organisé des recettes de la sécurité sociale, qu'on rétablisse sa gestion démocratique qui était au cœur de sa création en 1945 (élection par les salariés de leurs représentants au sein de conseils d'administration de plein exercice) et qu'on réforme en profondeur notre système de soins en mettant fin aux déserts médicaux, en repensant l'articulation entre médecine de ville et hôpital public et en créant un pôle public du médicament.

Monique Daune, le 30 mai 2022