

Dossier sécu ...

Sécu : Un empilement de dispositifs en faveur du secteur marchand

Notre presse: [Hebdo L'Anticapitaliste – 316 \(17/12/2015\)](#)

Dimanche 20 décembre 2015, mise à jour Dimanche 20 décembre 2015, 11:29

Forfaits, franchises, déremboursements, dépassements d'honoraires... la part des dépenses de santé remboursées par la Sécu diminue chaque année, ouvrant ainsi un espace croissant aux complémentaires santé, plus particulièrement aux assurances privées...

Pour les plus pauvres, les différents gouvernements ont créé des filets de sécurité partiellement pris en charge par les assureurs privés. Préfigurant une protection sociale conforme aux vœux du patronat, un nouveau système se construit pas à pas : le système solidaire construit en 1945 recule au profit de la logique marchande complétée par celle de l'assistance minimum. Petit état des lieux...

Les sociétés d'assurances

Elles sont régies par le code des assurances et ont pour objet de redistribuer des profits aux actionnaires. Leurs tarifs varient en fonction des risques présentés par leurs clients selon l'âge, le lieu d'habitation, la profession, l'état de santé.

Les sociétés d'assurances mutuelles (ou mutuelles d'assurance)

Elles dépendent du code de l'assurance et peuvent donc sélectionner leurs clients selon leur état de santé. Leurs profits ne sont pas redistribués à des actionnaires, mais alimentent leurs fonds propres et sont parfois restitués à leurs clients. Elles font souvent partie d'un groupe d'assureurs qui a ainsi l'opportunité de se développer en menant des opérations financières (assurance vie, capitalisations...).

Les mutuelles

Les mutuelles sont régies par le code la mutualité qui définit ainsi leur objectif : « *une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie* ». Elles sont à but non lucratif, ne rétribuent aucun actionnaire, se financent majoritairement grâce aux cotisations de leurs membres. Elles gèrent 2500 établissements divers (magasins d'optique, centres dentaires, cliniques...). Elles ne peuvent pas choisir leurs adhérents, mais elles proposent des gammes de contrats diversifiées, une autre forme de sélection.

Les institutions de prévoyance

Elles gèrent les garanties de prévoyance complémentaire (décès, incapacité de travail et invalidité, dépendance), sont soumises au code la Sécurité sociale et gérées paritairement par des syndicats et le patronat. Elles font souvent partie de « groupes de protection sociale » regroupant des institutions de retraite complémentaire AGIRC et ARRCO, une ou plusieurs institutions de prévoyance, des mutuelles, des sociétés d'assurance, de gestion d'épargne salariale.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)

La CMU et la CMU-C ont été créées en 1990, se substituant à l'Aide médicale gratuite gérée par les départements. La CMU de base bénéficie aux personnes n'ayant pas de droits ouverts à la Sécu. Elle est gratuite pour les revenus très bas, et couvre 2,4 millions d'assurés.

La CMU-C prend en charge la part complémentaire des dépenses de santé pour des bas revenus. 5,2 millions de personnes sont bénéficiaires de ce dispositif, mais seulement 60 et 72 % des personnes éligibles à ce dispositif y ont recours. Elle peut être gérée par la Sécu ou par une complémentaire santé. à l'expiration du droit à la CMU-C, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à celles de la CMU-C à un tarif réglementé. Ce dispositif permet aux complémentaires de capter des clients sortis de la précarité.

L'aide à la complémentaire santé (ACS)

Créée en 2005, cette disposition est destinée aux personnes dont les ressources sont un peu supérieures à celles ouvrant droit à la CMU-C. Elle donne droit à un chèque-santé qui permet de réduire le montant de la cotisation à un organisme complémentaire. En 2013, près de 900 000 personnes en ont bénéficié, mais seulement un tiers des personnes potentiellement bénéficiaires ont recours à ce droit.

Sécu : Les effets de la « loi de généralisation »

Dimanche 20 décembre 2015

Même d'après le journal les Échos (du 13 novembre 2013), « la création d'un service minimum de complémentaire santé est de fait une machine de guerre contre la Sécurité sociale puisqu'elle officialise le fait que le système de solidarité nationale n'a pas vocation à prendre en charge la totalité des dépenses de santé »...

Trois à quatre millions de salariés devront résilier leur contrat individuel avant le 1^{er} janvier pour adhérer au contrat collectif, un vaste « marché » très convoité.

Les assureurs à l'affût

Le Conseil constitutionnel a entendu les assureurs et a censuré les clauses de désignation des organismes complémentaires d'entreprise. Les réunions paritaires des branches professionnelles désignaient les institutions de prévoyance déjà très implantées. Le choix réalisé au niveau des entreprises favorise maintenant les assurances. Les banques, dont sont dépendantes beaucoup de petites entreprises, proposent des prix d'appel très bas pour s'accaparer une part « du marché » et proposer aux salariés des sur-complémentaires beaucoup plus onéreuses et totalement à leur charge.

Toujours des exclus

Les fonctionnaires, les travailleurs indépendants, les chômeurs sans allocation ou après un an d'indemnisation, les personnes hors marché du travail, les jeunes et étudiantEs, ont été « oubliés » dans la loi. Les précaires qui ne connaissent pas leurs droits ou ne peuvent les faire valoir, et beaucoup de personnes qui ont des bas revenus mais dépassent les plafonds ouvrant le droit à la CMU ou à l'AMC, n'auront toujours pas accès à tout ou partie des soins.

Des inégalités maintenues

Dans 10 % d'entreprises, la plupart employant moins de 10 salariéEs, il n'y a pas de protection sociale complémentaire collective. Il devrait être mis fin à cette situation au 1^{er} janvier, mais la loi ne comporte pas de dispositif contraignant. Au mieux, les prestations seront limitées au panier de soins prévu dans la

loi, avec des garanties faibles concernant les frais d'optique, de prothèses auditives et dentaires. Pour une couverture complémentaire convenable, il faut donc pouvoir s'offrir une sur-complémentaires.

Des dépassements d'honoraires plus ou moins remboursés

Dans le cadre des contrats d'entreprise dits responsables (95 % d'entre eux), le ticket modérateur est intégralement remboursé et le forfait hospitalier pris en charge sans limitation de durée. Mais le remboursement des dépassements d'honoraires (au total 2,46 milliards en 2014) est réduit si le médecin consulté ne s'est pas engagé à limiter les dépassements tarifaires en signant « un contrat d'accès aux soins », cela en échange d'exonération de ses cotisations sociales (en moyenne 5 500 euros par praticien). Des patients auront alors la mauvaise surprise de constater le faible montant du remboursement.

Les salariés taxés, les employeurs exonérés

La part patronale de la cotisation à la complémentaire collective n'est désormais plus considérée comme un avantage en nature pour les salariéEs, mais comme un avantage en argent s'ajoutant à la rémunération imposable. La part salariale reste déductible du revenu imposable mais avec un plafond de déduction diminué. L'augmentation de l'impôt sur le revenu est évaluée à un montant de 90 à 150 euros. Une part du pouvoir d'achat gagné par le salariéE avec la prise en charge par l'employeur de 50 % de la cotisation sera absorbé par ce supplément d'impôt. Par contre, la part de l'employeur est déductible de son bénéfice imposable, et il obtient une nouvelle exonération des cotisations sociales à hauteur de 6 % du plafond annuel de la Sécurité sociale...

Notre presse: [Hebdo L'Anticapitaliste – 316 \(17/12/2015\)](#)

Dimanche 20 décembre 2015

Entretien. *Dans les collectifs de défense de la santé, des hôpitaux, des services publics, nous côtoyons les mutuelles solidaires. Ces mutuelles n'adhèrent pas à la FNMF et méritent d'être mieux connues. Nous nous sommes entretenus avec une de leurs militantEs, **Dolorès Meunier**.*

Pourquoi des « mutuelles solidaires » en dehors de la puissante FNMF ? Quelle est votre spécificité ?

Un rappel historique : la Mutualité a été créée en France par le Compagnonnage, composé d'ouvriers de haute qualification qui se sont organisés pour se protéger, se former, s'entraider. La famine dans les campagnes et la création des mines, des manufactures (tissage) ont obligé le paysan à quitter la campagne pour venir travailler dans les villes.

Au 17^e siècle, ils ont créé les caisses de secours mutuel pour répondre aux besoins alimentaires lorsque l'ouvrier était sans travail à cause de maladie, de grève. L'idée de solidarité était née, elle se concrétisait : celui qui pouvait travailler aidait l'autre. C'est la naissance de la mutualité ouvrière.

Elle va porter en elle le syndicalisme qui fera sa propre route. La mutualité ouvrière traversera une période difficile : la loi Le Chapelier (1791) abolit les corporations de métier et interdira aux ouvriers de s'organiser ou de faire grève. La mutualité est condamnée à la clandestinité, et l'État bonapartiste, qui ne lui accordera aucune place, créera la Mutualité officielle.

Notre mutualité des travailleurs renaîtra avec le Conseil national de la résistance. Dans les années 1960, elle se donnera une instance nationale, la première Fédération de la mutualité ouvrière, créée par le syndicat CGT. Elle se transformera en Fédération de la mutualité des travailleurs, puis Fédération des mutuelles de France.

Elle s'est donnée à la FNMF au Congrès de 2005, position que nous avons refusée. Nous en sommes donc sortis, et nous avons créé « [l'Union nationale des groupements mutualistes solidaires](#) » afin de conserver toutes les valeurs humanistes de défense de la Sécurité sociale, de résistance à la marchandisation de la santé.

La FNMF n'a donc plus rien à voir avec la mutualité ouvrière ?

La mutualité officielle mise en place par Napoléon Bonaparte récupère l'idée de mise en commun et la détourne. Elle est donnée à des dirigeants qui sont les notables des villes : notaires, chirurgiens, etc. Il ne s'agit plus d'autogestion par les mutualistes eux-mêmes : ceux-ci cotisent, font des assemblées générales, mais sont « encadrés » par l'appareil d'État qui va « orienter » leurs décisions.

Pendant l'Occupation, la Mutualité va lancer un appel à soutenir le gouvernement de Vichy dans sa demande d'envoyer les jeunes « travailler » dans les usines allemandes. Plus récemment, pour suivre et précéder les orientations européennes, le président de la FNMF de l'époque, M. Teulade, a demandé l'inscription des mutuelles dans la directive européenne de la marchandisation de la santé, en la liant au code des assurances.

Quel doit être le rôle de la Sécurité sociale pour la FNMF et pour les « mutuelles solidaires » ?

La FNMF participe à la gestion de la Sécurité sociale¹ et son but est de la faire disparaître. Elle avait reçu de l'État en 1930 la commande de créer les Assurances sociales (une couverture sociale pour les ouvriers percevant des petits salaires). Ses dirigeants convoitent encore cette place sans voir ou refusant de voir qu'ils font le lit des assurances privées.

Autre exemple, le récent parcours santé mutualiste reprend la méthode des réseaux américains dirigés par les compagnies d'assurance HMO², et instaure un parcours négocié avec une partie du corps médical sans tenir compte des conventions sécurité sociale.

Quant à nous, mutuelles solidaires, nous restons de fervents défenseurs de la Sécurité sociale. Nous savons bien qu'elle seule est capable de mettre en place une véritable solidarité nationale avec une mise en commun de moyens au niveau national, prenant la richesse à sa source, et gérée par les travailleurs eux-mêmes.

Nous pouvons l'accompagner dans ce travail en créant des réponses sociales aux besoins spécifiques : petite enfance, loisirs, promotion de la santé, prévention, aides aux personnes en difficulté, création de services pour personnes âgées.

Comment lutter contre le non-recours aux soins d'une partie de la population ?

Nous voulons une sécurité sociale prenant en charge les soins à 100 %. C'est tout à fait notre objectif, mais depuis sa création, la Sécurité sociale a rencontré le pire prédateur humain : la finance. Celle-ci n'a eu de cesse que de vouloir la détruire au détriment des intérêts de la majorité de la population. Pour gagner cette bataille, il faudrait que tout un chacun comprenne la complexité du dossier, que syndicats, partis de gauche, associations diverses, s'entendent pour la défendre.

Quant à nous, nous sommes actuellement écrasés par les assureurs et les financiers. Ils sont maîtres de l'État et utilisent la Mutualité française comme outil de destruction. Au final, cette dernière disparaîtra, mais comme elle est partenaire des assureurs donc de la finance, elle est aujourd'hui un simple outil. L'organisation de la solidarité lui est totalement indifférente.

- 1. La FNMF participe à la gestion de la Sécu dans le cadre du conseil d'administration de la CNAM et avec les assureurs dans « l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie »
- 2. Health Maintenance Organizations : réseau de soins privés

Sécurité sociale : Ce que propose le NPA

Notre presse: [Hebdo L'Anticapitaliste – 316 \(17/12/2015\)](#)

Dimanche 20 décembre 2015

• Remboursements à 100 % par la Sécu :

les soins doivent être gratuits et intégralement remboursés à tous et toutes par la Sécu unifiée en un seul régime, autogérée par des représentants élus des assuréEs sociaux et financée par la cotisation sociale. Les mutuelles doivent être avec leurs personnels intégrées à cette Sécu. Il ne doit plus y avoir de modalité discriminantes pour les pauvres (CMU) ou les sans-papiers (AME).

• La santé ne doit pas être une marchandise :

le commerce de « l'assurance santé », notamment par les banques et les assureurs, doit être interdit.

• La santé est un droit pour tous et toutes :

droit sans condition à une couverture maladie universelle pour que « *l'ensemble de la population ait accès aux services préventifs, curatifs, palliatifs, de réadaptation et de promotion de la santé dont elle a besoin* » (définition de l'OMS)

Complémentaires santé et mutuelles

Médecine, santé : le système craque de partout !

Loi Touraine : les vrais enjeux pour notre santé