

« Et si nous imaginions une complémentaire santé publique ? »

Quelle conséquence la généralisation de la complémentaire santé en entreprise aura-t-elle sur notre système d'Assurance maladie ? C'était le thème du débat organisé par L'union Nationale des associations familiales. Pour Didier Tabuteau, responsable de la Chaire santé à Sciences-Po Paris, les conséquences sont dramatiques.

Ce qui se passe aujourd'hui avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise est un sujet lourd de conséquences pour la Sécurité Sociale. Il est paradoxal de commémorer les 70 ans de l'institution au moment même où ce dispositif démantèle notre sécurité sociale obligatoire. Un véritable mouvement de déconstruction de l'Assurance maladie est en train de s'opérer.

Aujourd'hui, celle-ci ne rembourse déjà plus les soins courants qu'à hauteur de 55 %. Il s'agit des soins de ville auxquels sont confrontés 70 à 80 % des familles. Les gros risques que sont l'hospitalisation et la prise en charge des ALD sont heureusement encore bien pris en charge.

Nous sommes aujourd'hui dans une situation paradoxale. Avec ce qu'ils versent comme cotisations aux organismes complémentaires, les Français pourraient couvrir totalement le déficit de l'assurance maladie. Comment en est-on arrivé là ?

En 1980, le niveau de remboursement de l'Assurance-Maladie est à son apogée de l'ordre de 80 %. Ce taux a été obtenu grâce à la mise en place d'une très grande innovation en 1971. Il s'agit de la Convention Nationale avec les médecins. En 1980, l'ensemble des médecins pratique les tarifs de la sécu. Il n'y a pas de dépassements d'honoraires. Peu à peu la dynamique vertueuse s'enraye. On met en place le ticket modérateur, 20 % à l'hôpital, 30 à 35 % pour les frais courants et jusqu'à 85 % pour certains médicaments. Puis on a inventé les forfaits et les franchises. L'imagination des gouvernements pour augmenter le reste à charge des Français a été inouïe.

«Les dépassements d'honoraires interdits pour les patients en ALD, cela pourrait être une proposition».

Parrallèlement les dépassements d'honoraires chez les professionnels de santé sont apparus. Ils concernent aujourd'hui 41 % des spécialistes, 71 % des chirurgiens. 60 % des médecins qui se sont installés en 2010 l'ont fait en secteur 2; et les dépassements d'honoraires s'appliquent même aux patients en ALD. Ne pourrions-nous pas imaginer qu'ils soient interdits pour cette population ? Cela pourrait être une proposition intéressante.

Le reste à charge aujourd'hui est si important que l'assurance complémentaire est devenue non une faculté mais une nécessité. Les Pouvoirs publics l'ont bien compris en créant des dispositifs d'aide à l'accession à une complémentaire santé : création de la CMU-C en 2000, de l'aide à la complémentaire santé en 2004, mise en place d'exonérations fiscales et sociales pour les complémentaires d'entreprises...

«Au lieu de renflouer l'obligatoire on privilégie les complémentaires santé».

Y-aurait-il donc une préférence collective des Français pour les prélèvements inégaux ? On peut se poser la question lorsqu'au lieu d'augmenter les prélèvements obligatoires et la CSG pour renflouer la Sécu, on préfère taxer les mutuelles, augmenter leurs cotisations (par définitions inégaux car elles ne sont pas fonction du revenu et augmentent avec l'âge) et prélever ainsi des milliards d'euros pour des impôts non affectés.

Et cela ne provoque pas un tollé ?

«Un deuxième pilier d'assurance maladie»

A côté de cette déconstruction économique de l'Assurance maladie, s'est amorcée une déconstruction politique. En créant l'Unocam en 2004, qui regroupe les trois familles (qui d'ailleurs n'ont rien à voir entre elles) de la

complémentaire (Mutuelle, IP et assurances de grands groupes internationaux), on crée un deuxième pilier de l'assurance maladie et on établit une symétrie entre service public obligatoire et entreprises privées, lesquelles, chaque année vont obtenir plus de pouvoirs.

Et pour éviter une trop grande dérive, on régule par la création de "contrats responsables". Or, plus on régule, plus on légitime un deuxième étage de protection sociale. La transformation est très profonde et le marché de la complémentaire se développe avec une concurrence et une concentration des organismes très fortes ainsi qu'une segmentation des marchés avec la création de contrats spécialisés (hospitalisation, optique...)

Une complémentaire santé publique, pourquoi pas ?

On rompt totalement avec les solidarités entre bien portants et malades, jeunes et vieux... La complémentaire santé, ce n'est pas la solidarité nationale comme la Sécurité sociale. Et ce mouvement va s'accélérer avec la mise en place, comme un coup de tonnerre, de l'ANI et de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise qui devient obligatoire. Revenir à une solidarité professionnelle, après avoir conquis une solidarité nationale, c'est une véritable régression sociale. Les salariés seront couverts. Et pour les autres, qu'est ce qui se passe ?

Et puisque la complémentaire santé devient obligatoire, puisque je suis obligé de cotiser à une institution, pourquoi ne pas imaginer un dispositif de Sécurité Sociale complémentaire publique, géré par l'Etat ? Pourquoi ne pourrais-je pas cocher sur ma feuille de Sécu, une case "complémentaire" pour laquelle je déciderai de cotiser. La question ne mérite t-elle pas débat ?

"