

NOTE CONCERNANT L'ASSURANCE MALADIE ET LA REPARTITION DES RESPONSABILITES ENTRE LE REGIME GENERAL ET LES ORGANISMES ASSUREURS :

La presse se fait l'écho des travaux des groupes mis en place par le ministre des Affaires sociales sur l'évolution de l'assurance maladie.

Ces trois groupes ont pour sujets :

- 1) La gouvernance de la Sécurité sociale (ou la gestion politique de l'Assurance maladie)
- 2) L'ONDAM (Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie)
- 3) La répartition des interventions entre (assurance maladie obligatoire- la Sécurité sociale) A.M.O. et (assurance maladie complémentaire - les organismes assureurs : mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies d'assurance). A.M.C.

C'est le contenu des travaux du 3ème groupe qui fait couler le plus d'encre.

Les enjeux de la réforme de l'assurance maladie sont lourds puisqu'ils porteront sur la qualité, le niveau, le financement, les organisations ou organismes composant les organes de direction ainsi que sur le rôle de l'état.

Les groupes de travail sont présidés par des rapporteurs choisis par MATTEI (à ce titre ne sont pas neutres) qui ont à charge de recueillir les expressions des partenaires sociaux, des professionnels de santé et des organismes assureurs sur des propositions morcelées. A ce jour aucun projet global n'a été soumis au débat.

Les rapports doivent normalement faire apparaître les diversités de positions mais il ne s'agit pas d'un rapport du groupe. C'est le rapport du rapporteur dont le ministre aura le choix de l'utilisation.

Le fonds des propositions connues :

Le 1er objectif avoué est la diminution des dépenses de santé prises en charge par le régime général de la Sécurité sociale. Ces diminutions pourraient être obtenues par la suppression de la prise en charge de certaines prestations ou remboursements en imposant un « reste à charge » pour l'assuré. A cela s'ajoute un réexamen du tarif opposable.

Le tarif opposable est le tarif officiel sur la base duquel est établi la part prise en charge par la Sécurité sociale. Par exemple pour une consultation médicale le tarif opposable est actuellement de 20 Euros dont 75% sera pris en charge par la Sécurité sociale.

Le 2ème objectif non avoué est le transfert vers l'assurance privée (à but lucratif ou non) de cette couverture des soins.

Il est proposé de créer « l'assurance maladie généralisée » dont la couverture serait le résultat de l'addition de l'AMO + l'AMCB (assurance maladie obligatoire l'assurance maladie complémentaire de base). Le niveau de l'AMG couvrirait le tarif opposable (en excluant tous les dépassements).

Un 3ème niveau serait créer par élimination en regroupant tout ce qui serait au-dessus du tarif opposable. A.M.S. (Assurance Maladie supplémentaire).

Il serait ainsi créer un système à 3 niveaux : AMO, AMCB, AMS.

La différence pourrait essentiellement s'adresser aux accords collectifs qui prendraient en charge les dépassements d'honoraires, les remboursements des « restes à charge » etc. : les cotisations patronales seraient fiscalisées. En effet certains considèrent que les accords collectifs, négociés au niveau des entreprises et des branches, créent des inégalités entre les salariés. La CGT milite pour la généralisation de la prévoyance collective permettant d'améliorer la couverture pour tous et contribuant ainsi au progrès social. Il est dangereux de remettre en cause le principe même de la négociation. Il est un des moyens de faire progresser les garanties collectives.

A cela s'ajoutent des questions concernant une modification radicale de responsabilités des organismes assureurs auxquels pourraient être transférées des prestations à partir du 1er Euro en lieu et place de la Sécurité sociale. Par exemple il pourrait être décidé que les mutuelles ou les Cie d'assurance assument la couverture de l'optique ou du dentaire. Un tel projet porte en germe la remise en cause fondamentale de la Sécurité sociale et permettrait de créer des liens « commerciaux » entre les assurés et les organismes assureurs.

Dans ce domaine tous les organismes assureurs affûtent leurs armes. Aucun n'entend défendre les prérogatives fondamentales de la Sécurité sociale, pas même la mutualité.

Il est également question de créer un « chèque santé » dont l'objectif serait de contribuer à donner aux revenus les plus bas les moyens de payer une couverture complémentaire. Le montant du chèque serait dégressif, attribué selon le niveau de revenus. La CMU complémentaire serait maintenue.

Axes retenus par la CGT dans ces travaux :

Dès le début la CGT a accepté le principe du débat concernant les coûts à condition que cela soit fait en toute transparence c'est à dire :

Partir des besoins, de leur évaluation et de leur évolution.

Les coûts doivent intégrer ceux du régime général et ceux de la prévoyance collective ou des contrats individuels (mutuelle ou assurances)

Le choix doit être fait pour une plus grande solidarité, efficacité sociale et économique.

Le régime par répartition a fait la démonstration de son efficacité même s'il doit être amélioré concernant le niveau et la qualité de la couverture, le financement, la démocratisation.

Le système par répartition est construit sur des principes valables pour tous : obligation d'adhésion, même principes de cotisation, même couverture. La gestion des cotisations est basée sur le principe suivant : le montant des cotisations de l'année couvre les prestations servies dans l'année.

Les systèmes assurantiels ont des règles totalement différentes. Elles sont basées sur le principe du contrat (que le contrat soit individuel ou collectif) : Le contrat relève d'un choix (on prend ou pas). Il se dénonce. Il est variable tant dans son contenu que dans son coût qui dépend de la concurrence. La « cotisation » et son calcul doivent garantir le risque à couvrir. C'est cette notion qui impose aux mutuelles des provisions techniques garantissant aux adhérents la « solvabilité » de chaque mutuelle. Ce critère est applicable à tous les organismes qui interviennent dans l'assurance maladie complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, compagnies d'assurance).

Dans tous les domaines il n'y a pas de comparaison possible entre la Sécurité sociale et les organismes assureurs (mutuelles, institutions de prévoyance, Cie d'assurance).

Le champ assurantiel ne peut pas être obligatoire. Les mutuelles, à but non lucratif sont solidaires de façon limitée. On peut considérer qu'elles mutualisent ce que ne font pas les Cies d'assurance.

C'est depuis la loi EVIN (dec 1989) que la gestion est dite « prudentielle » et impose des provisions financières ce qui n'existe pas en répartition.

La CGT est catégoriquement opposée au transfert vers les organismes assureurs de la gestion, de certaines prestations. Une telle proposition va d'ailleurs à l'encontre des objectifs affichés c'est à dire :

Multiplications des intervenants = coûts plus élevés, moindre maîtrise des politiques et des choix, fragilisation de la confidentialité, financement d'organismes privés.

L'opération aurait pour conséquence le démantèlement du système d'assurance maladie.

L'assurance maladie est une branche de la Sécurité sociale par cette opération se sont les principes fondamentaux du système par répartition qui seraient mis en cause.

Les travaux des groupes s'achèvent en mars. Nous n'avons pas encore l'ensemble du projet. La position des membres du groupe n'est pas toujours clairement affirmée. Certains participants ont exprimé de fortes inquiétudes concernant la Sécurité sociale. Nous ne savons pas si le projet que présentera MATTEI reprendra ou pas certaines propositions émanant des rapporteurs.

Cette note vise à alerter les organisations sur l'ampleur des enjeux et à se préparer à mener des débats et des actions dans les semaines qui viennent.

Montreuil le 05 mars 2003