



Santé : en finir avec les complémentaires

ISSN-2491-1119

<http://www.outilsdusoin.fr>

Livret N°4

1. **Sommaire : en finir avec les complémentaires ?**
2. Comment les mutuelles sont devenues des assurances
3. Comment les mutuelles sont devenues des assurances (Suite)
4. Mutuelles, une histoire agitée
5. Mutuelles, une histoire agitée(suite)
6. A quoi servent les complémentaires santé ?
7. A quoi servent les complémentaires santé (suite 1)?
8. A quoi servent les complémentaires santé (suite 2)?
9. CMU, ACS, ANI, des cadeaux faits aux complémentaires
10. CMU, ACS, ANI, des cadeaux faits aux complémentaires (suite 1)
11. CMU, ACS, ANI, des cadeaux faits aux complémentaires (suite 2)
12. Détournements et dérives
13. La gestion des assurances privées plus coûteuse que la Sécu
14. Fusionner la Sécurité sociale avec les complémentaires ?
15. Fusionner la Sécurité sociale avec les complémentaires (suite) ?
16. **Des mutuelles à la Sécu à 100%**



Comment les mutuelles sont devenues des assurances

[Sommaire](#)

Historiquement, les « mutuelles » étaient des associations, sociétés ou coopératives, prenant en charge certains frais de santé, et ayant d'autres activités sociales. Elles existaient avant la Sécurité sociale, pour parer aux difficultés de la vie, sur la base de principes d'entraide et de solidarité. Pendant près d'un siècle, elles se sont démarquées des assurances en adhérant à un « code de la mutualité » : absence de buts lucratifs, gestion démocratique, absence de sélection de leurs adhérents. Elles ont créé le « mouvement mutualiste » développant des projets de prévention et de santé et des lieux de soins.

Parallèlement, des sociétés commerciales d'assurances se sont intéressées au « risque santé », développant une activité d'assurance complémentaire santé, à côté des autres domaines de l'assurance (voiture, maison, entreprise, vie...). Si l'assurance commerciale estime que quelqu'un a beaucoup de risque d'être malade, elle le fera payer plus ou même refusera de l'assurer.

Progressivement, les différences entre mutuelles et assurances se sont estompées. Ainsi, en 2016, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (Gema), ont fusionné pour donner naissance à la Fédération française des assurances (FFA) qui se dit le « *porte-parole de la profession auprès des interlocuteurs publics, privés, ou associatifs en France comme à l'international* ». Les mutuelles suivent donc aujourd'hui le mouvement de concentration et adoptent les règles du système capitaliste.

Deux éléments permettent de comprendre les enjeux de cette histoire. Le premier est le panier de soins, où l'on distingue le premier niveau, c'est-à-dire les soins remboursés par la Sécurité sociale (Assurance Maladie Obligatoire ou AMO), et le second niveau, soit les soins qui ne sont que peu ou pas remboursés. Font partie de ces derniers le ticket modérateur, le supplément journalier hospitalier, une grande partie de l'optique, des prothèses dentaires, les dépassements d'honoraires...

Comment les mutuelles sont devenues des assurances (Suite)

La distinction entre ces deux paniers est, pour le moins subtile, pour ne pas dire arbitraire. On voit mal les critères d'une telle séparation. Et pourtant, elle est essentielle : sans elle, les complémentaires n'existeraient pas, la Sécurité sociale (Assurance Maladie Obligatoire) rembourserait tous les soins à 100%. L'enjeu va donc consister, pour les assurances, à élargir l'assiette des biens et services du second niveau. Le but ultime à atteindre devient alors, pour l'assurance, de se constituer, au détriment de la Sécurité sociale, le panier de soins le plus rentable possible, la santé ayant perdu au passage son statut de bien commun, étant transformée en banale marchandise.

Le second élément concerne l'obligation faite à l'utilisateur de s'assurer ou non. Le fait d'obtenir, pour une assurance, de rendre le passage par ses services obligatoire et non plus facultatif est un objectif stratégique de première importance.

Aujourd'hui, en France, les mutuelles comme les assurances complémentaires, sous prétexte de couvrir le risque maladie des gens, ont pour but d'accumuler de l'argent, (investi en définitive dans l'immobilier et en Bourse). Cet objectif est contraire à une politique de santé publique juste et solidaire.

Au moment où nous défendons l'idée d'une Sécurité sociale prenant en charge la santé à 100%, quelles sont les leçons à tirer de l'expérience mutualiste et de son évolution vers un système assurantiel ?



Il existe, à la veille de la Révolution, des sociétés de secours mutuel, enracinées dans les compagnonnages et autres confréries, qui prennent en charge l'indemnisation des accidents de la vie affectant leurs adhérents. La loi Le Chapelier de 1791 les interdit, avec les autres organisations, éliminant toute structure susceptible de s'interposer entre les citoyens et la neuve et encore fragile représentation nationale. Premier conflit de légitimité entre deux entités en cours de constitution, l'Etat républicain d'une part, la société civile de l'autre ? L'histoire de la mutualité ne cessera plus d'alterner, par la suite, les phases de méfiance et de collaboration. Le XIXème siècle verra la remontée des sociétés de secours mutuels : Napoléon III envisage même d'en couvrir le territoire, avec l'encadrement, à l'échelle communale, du Maire, du Préfet et du Curé !

Mais la création de l'Assistance médicale gratuite pour tout Français malade et indigent, par la loi du 15 juillet 1893, sonne comme un avertissement : l'Etat enlève le monopole de l'aide sociale à la société civile. Contrepartie ? Le 1er avril 1898 la Charte de la Mutualité est promulguée.

La mise en place de l'Aide sociale à l'enfance (loi du 27 juin 1904) poursuit cependant la trajectoire de 1893, confirmée par la création de l'Assistance aux personnes âgées incurables et infirmes (loi du 4 juillet 1905). Désormais, ce mouvement de substitution de l'action publique à l'action mutualiste ne s'arrêtera plus, jusqu'au coup d'arrêt de l'ANI en 2016.

Vont donc suivre la loi du 5 avril 1910, créant un fonds de retraite pour les ouvriers et paysans de plus de 65 ans, mais sous condition de ressources puis, par les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930, la création d'une Assurance obligatoire pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, mais uniquement pour les salariés en activité, et aux salaires inférieurs à un seuil. L'Assurance devient obligatoire, les pouvoirs publics mettent progressivement la main sur la gestion des aides sociales. Les mutuelles pourront, cependant, par délégation, gérer l'attribution de ces aides. Mais elles sont, pour les personnes concernées, déchargées de leur fonction d'assureur au premier franc dépensé.

Mutuelles : une histoire agitée (Suite)

Le rôle des mutuelles sera donc cantonné à celui de complémentaires, facultatives, sur un créneau peu attractif du fait de la modicité des revenus concernés. Mais il leur restera le créneau très rentable des revenus élevés dont elles resteront les assureurs santé au 1er franc dépensé.

Sous Vichy, les dirigeants mutualistes, séduits par leur proximité avec les options corporatistes de l'Etat français, signent la charte du travail. Pierre Laroque polit les premières esquisses d'une future Sécurité Sociale, avant de rejoindre à Londres la Résistance, avec le Général de Gaulle.

A la Libération (ordonnances des 4 et 19 octobre 1945), la Sécurité Sociale est créée, avec l'appui successif des ministres Alexandre Parodi et Ambroise Croizat, et le soutien actif de la CGT et du Parti communiste, Pierre Laroque étant lui-même à la manœuvre. Le plafond salarial est supprimé, la cotisation devient obligatoire, quel que soit le niveau de revenu. Les mutuelles perdent le marché du *panier de soins* de base pour les salariés aisés. D'où leur opposition, vent debout, au projet. Leur rôle de complémentaire est néanmoins préservé, la Sécurité Sociale ne remboursera pas tout à 100%.

En 1947, le climat politique leur étant devenu favorable, l'armistice est signé (loi Morice du 17 mars 1947) : un mandat de gestion pour compte de la Sécurité Sociale est officialisé pour les mutuelles de fonctionnaires. La Sécurité Sociale s'engage à ne pas créer de complémentaires concurrentes des mutuelles.

Entre 1947 et 2016, les choses se figent : un *panier de soins* de base pour l'Assurance Maladie Obligatoire (donc l'acteur public), avec obligation de cotiser, un champ facultatif pour les complémentaires. Celles-ci incluent dans leur panier de soins les « petits » risques rentables (les dépassements d'honoraires en sont un exemple), laissant la Sécurité Sociale se charger du « gros » risque, peu rentable (les maladies chroniques ou rares).

A partir de 2016, l'Accord National Interentreprises (ANI) crée la complémentaire d'entreprise *obligatoire*. Les assureurs profitent de l'obligation de cotiser, réservée précédemment à la seule Sécurité sociale. L'Etat capitule devant les assureurs : la santé, de « bien commun », devient marchandise.



A quoi servent les complémentaires santé ?

[Sommaire](#)

Actuellement, les personnes qui n'ont pas d'assurance complémentaire santé payent le « ticket modérateur », soit la part non remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) des frais de santé. Tant qu'elles ne sont pas malades, elles sont gagnantes. Mais lorsqu'elles ont un problème de santé, la facture peut être lourde, en soins ou en frais d'hospitalisation. Un certain nombre d'actes (intervention chirurgicale lourde, maternité, accidents de travail...) sont pris en charge à 100% par la Sécurité sociale. Pour les personnes ayant une affection de longue durée (ALD), leur médecin peut demander une prise en charge à 100% mais elle ne concernera que cette maladie. Si la personne est hospitalisée, elle paiera le forfait hospitalier (20 €/jour), coût important, par exemple pour un séjour long en psychiatrie ou rééducation. 96% des Français·e·s ont une assurance complémentaire. Mais certains frais de santé sont mal pris en charge par celle-ci, en particulier l'optique, le dentaire et les dépassements d'honoraires.

Ainsi, en 2015, sur 262 milliards d'€ de dépenses courantes de santé, 16,5 milliards d'€ ont été directement payées par les personnes. Ces frais sont à l'origine d'ajournements ou de renoncements aux soins, quand les personnes ont de petits revenus et pas d'assurance complémentaire, ou lorsque des dépassements de tarifs ne sont pas remboursés par la complémentaire. Ainsi, 25% des ménages renoncent aux soins, surtout dans le domaine de l'optique et des soins dentaires.

L'accès aux complémentaires est une source supplémentaire d'inégalités de santé : ainsi, 14 % des individus dont le revenu mensuel par unité de consommation (UC) est inférieur ou égal à 650 € par mois ne sont pas couverts contre 4 % de ceux dont le revenu est supérieur à 3 000 € par mois. Si les assurances complémentaires santé prennent en charge une partie des soins de santé, certaines offrent d'autres prestations à leurs assuré·e·s : aides à domicile, chambre seule à l'hôpital, aides en cas de dépendance...

A quoi servent les complémentaires santé ? (Suite 1) [Sommaire](#)

Certaines gèrent une offre de soins dans des structures de santé : centres de santé pratiquant le tiers payant (dentaire, médical, spécialistes...), cliniques, maisons de repos et lieux d'hospitalisation (psychiatrie), maisons de retraite...

Certaines complémentaires développent aussi depuis longtemps des programmes de prévention (bien avant la Sécurité sociale).

Aujourd'hui, les complémentaires santé, c'est-à-dire les assureurs du risque partiellement ou pas du tout pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (les soins dentaires, l'optique, le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires, etc.), comptent trois groupes :

- ◆ Mutuelles santé : sociétés de personnes à buts non lucratifs spécialisées à 95% dans la santé organisant la solidarité entre leurs membres, sans sélection, gérées selon le principe 1 personne = 1 voix, régies par le Code de la Mutualité.
- ◆ Sociétés commerciales et Sociétés d'Assurances mutuelles (ces dernières, à buts non lucratifs) régies par le Code des Assurances, dont la santé n'est qu'une des activités, sélectionnant leurs assurés (tarifs selon le risque : l'âge, les maladies...) ; la santé représente le plus souvent moins de 50% de leur activité
- ◆ Institutions de prévoyance : organismes paritaires (gérés par un conseil d'administration composé à 50% d'employeur·euse·s et 50% de salarié·e·s) gérant les assurances collectives d'entreprises ou de branches, régies par le Code de la Sécurité sociale

Dans les années 2000, les mutuelles se sont pliées aux règles de gestion organisant la concurrence dans l'espace européen (*Solvabilités 1 et 2 : respect de ratios exigeants de fonds propres et règles de surveillance renforcées*). Elles se sont regroupées, devenant 3 fois moins nombreuses entre 2001 et 2015 dans le but d'augmenter leur chiffre d'affaires, pour à

A quoi servent les complémentaires santé ? (Suite 2)

[Sommaire](#)

la fois augmenter leur productivité et étaler les coûts de gestion supplémentaires liés à l'application des règlements européens.

Témoin, les objectifs fixés au mastodonte né de la fusion MGEN-Harmonie-Istya : *« Les champs de la prévoyance, de la dépendance, de l'épargne, de la retraite, et des services bancaires font également partie des axes de développement de la future entité, tout comme l'international et le conventionnement avec les professionnels de soins ».*

Malgré cela, leur part du marché de l'assurance complémentaire a baissé, passant de 60% à 53%. Elles ont donc perdu dans la concurrence avec les sociétés d'assurance.

Ces dernières, pratiquant des tarifs selon le risque, peuvent ainsi offrir des prix préférentiels aux jeunes et aux cadres par exemple. Elles peuvent même vendre à perte leurs produits de santé, se rattrapant sur d'autres produits. De plus, elles ont gagné des parts de marché du fait de l'obligation faite aux entreprises de prendre pour leurs salarié·e·s une « mutuelle d'entreprise » car ces sociétés y étaient déjà implantées.

Par ailleurs, les mutuelles ont perdu de leur aura à l'occasion de scandales (détournement de fonds, emplois fictifs...) et en augmentant leurs tarifs. Elles perdent des adhérent·e·s, qui ne croient plus à leur caractère social et sont attirés par des tarifs plus alléchants.

En dépit d'une concurrence féroce entre les différents types de complémentaires, un objectif stratégique commun les fédère : arracher à la Sécurité sociale le plus gros panier de soins assurables, chez les personnes présentant le moins de risques et, si possible, en s'abritant derrière une prescription légale, donc obligatoire, de s'assurer.



CMU, ACS, ANI : des cadeaux faits aux complémentaires

[Sommaire](#)

Pour élargir l'accès à une assurance complémentaire, différents dispositifs ont été instaurés.

En 1999 une couverture maladie universelle (CMU) a été créée pour faciliter l'accès aux soins. Elle comprend une assurance complémentaire pour les personnes dont les revenus sont les plus faibles, pour prendre en charge leurs frais de santé, de soins et d'hospitalisation (CMUc). Pour l'obtenir il faut résider de façon régulière et continue depuis plus de 3 mois en France et gagner moins de 727 euros par mois (barème d'avril 2017). Cette part complémentaire peut être gérée par une assurance complémentaire privée ou par la sécurité sociale. La plupart des personnes qui ont la CMUc choisissent la Sécurité sociale comme complémentaire. Celle-ci est alors financée par un Fonds CMU dont les ressources viennent d'une taxe payée par les assurances privées. Quand les revenus augmentent et que l'on n'a plus la CMUc, si on a choisi une assurance complémentaire privée, on peut continuer de bénéficier de tarifs peu élevés pendant un an auprès de cette assurance.

Pour celles et ceux qui ont plus de revenus mais insuffisamment pour payer une assurance complémentaire (jusqu'à 981 euros par mois en avril 2017), et qui risquent donc de renoncer aux soins, une « aide au paiement d'une complémentaire santé » ou ACS a été créée en 2004. Un chèque est envoyé à la personne demandeuse, d'un montant croissant avec l'âge (100 euros avant 16 ans, 550 euros après 60 ans) pour payer sa complémentaire. Il faut choisir dans une liste de 11 contrats d'assurance complémentaire. Les assurances privées participant à ce dispositif bénéficient d'une diminution de leur taxe payée au fonds CMU. Quand on n'a plus droit à l'ACS, on peut bénéficier d'un « contrat de sortie », avec cette complémentaire, au même tarif que ceux qui ont l'ACS, pendant un an.

Toutefois, les aides (CMUc, AME* et ACS) ne concernent pas les employé·e·s

CMU, ACS, ANI : des cadeaux faits aux complémentaires (Suite 1)

[Sommaire](#)

précaires gagnant plus que les plafonds de ressources (tout en étant au-dessous du seuil de pauvreté). Ces personnes peuvent rester sans complémentaire santé et continuent de renoncer à des soins.

La loi ANI de 2013 ou « loi de sécurisation de l'emploi » transposant l'Accord National Interentreprises, prévoit qu'à partir de 2016, toutes les entreprises doivent proposer une complémentaire santé à leurs employé·e·s. L'employeur·euse paye au moins 50% de cette assurance complémentaire. La personne salariée qui veut garder sa complémentaire, si elle est différente de celle choisie par l'employeur·euse, peut refuser cette « offre ». L'employeur·euse choisit la complémentaire qu'il/elle veut, mais en respectant un minimum de garanties, fixé par décret (le « panier de soins ANI »). Une personne ayant quitté l'entreprise et qui touche des indemnités chômage peut bénéficier de la complémentaire de son ancienne entreprise pendant un an. Mais l'ANI laisse sur le côté les retraité·e·s, les intermittent·e·s et les personnes en situation d'emploi précaire (sans compter les autoentrepreneur·euse·s).

Pour la première fois dans l'histoire des assurances sociales, les assurances profitent de l'obligation pour les salarié·e·s de cotiser. Jusqu'alors la Sécurité sociale, organisme de solidarité nationale sans but lucratif, était seule bénéficiaire légitime de la cotisation obligatoire. Sous prétexte d'avancée sociale, l'Etat oblige donc les salarié·e·s à participer au financement d'un système privé de complémentaire santé, au bénéfice des assurances. La santé, de « bien commun », est devenue marchandise.

*Pour ceux qui n'ont pas encore de titre de séjour, il y a l'aide médicale d'Etat ou AME, avec les mêmes barèmes et conditions (3 mois de résidence en France). Elle est financée par une enveloppe spécifique versée par l'Etat.



CMU, ACS, ANI : des cadeaux faits aux complémentaires (Suite 2)

[Sommaire](#)

Ces trois dispositifs sont censés mieux protéger les personnes les plus pauvres et réduire le renoncement aux soins lié à l'absence de complémentaire.

Mais ils comportent des effets pervers, des intérêts pour les assurances et des pièges pour les bénéficiaires. En effet, passée la période où ils/elles peuvent en bénéficier, ils/elles se trouveront lié·e·s à des assurances complémentaires dont les tarifs seront tout autres, augmentant avec l'âge et le risque.

Pour les assurances complémentaires, il s'agit d'un marché qui leur est offert, avec des assuré·e·s qui renouvelleront certainement leur contrat une fois leurs droits échus, et ceci avec des augmentations de cotisations qui compensent bien les tarifs préférentiels qu'elles ont dû appliquer.



Détournements et dérives

Quoi de plus clair à l'origine, de plus désintéressé, de plus utile que ce concept de « secours mutuel » ? Un pacte venu du fond des âges, par lequel des individus, égaux en droits, moyens et capacités, se jurent assistance mutuelle pour conjurer les aléas de la vie. Mais l'argent est passé par là. On ne compte plus les détournements (abus de biens sociaux, fausses facturations, emplois fictifs) au détriment des adhérents de telle « mutuelle ». Ou encore, telle « mutuelle » est soupçonnée de détourner une subvention publique.

Le plus célèbre de ces scandales est celui de la MNEF (Mutuelle nationale des étudiants de France), survenu au cours des années 70 jusqu'à son épilogue en 2000. Des millions de francs ont été soustraits par des dirigeants indécents, créant des emplois fictifs au profit de partis ou de syndicats. De fausses factures à la chaîne, des facturations à prix d'or de conseils donnés par des experts devenus entre temps ministres... Et comme si cela ne suffisait pas, renaissance sous un nouveau sigle (LMDE), en état de cessation de paiements après 15 nouvelles années de tolérance (complicité ?), jusqu'à ce que les pouvoirs publics se résignent à lui retirer la délégation de gestion donnée par la Sécurité sociale en 1948...

Et voilà que le scandale arrive en 2017 par l'un des plus proches soutiens du Président Emmanuel Macron : une information judiciaire l'a visé pour ses activités antérieures de directeur de Mutuelles, avec soupçons d'emploi fictif pour sa compagne, et le financement d'aménagements coûteux d'un local loué aux mêmes Mutuelles, pour multiplier plusieurs fois sa valeur. Avec en outre une subvention du Conseil général du département utilisée pour concourir à cette opération immobilière. Le comble est que le tribunal a émis un non-lieu...

La gestion des complémentaires, plus chère que celle de la Sécurité sociale

[Sommaire](#)

Les comptes de la santé le montrent : la Sécurité sociale facture 3,81 € de frais de gestion quand elle gère 100 € de dépenses courantes de santé. Alors que pour les assurances complémentaires (toutes confondues), les frais de gestion s'élèvent à 22,32 € pour 100 € de dépenses courantes de santé gérées.

Passer par une complémentaire santé plutôt que par la Sécurité sociale revient à facturer à un assuré, en frais de gestion, plus de cinq fois ce que cela aurait coûté si son dossier avait été traité par la Sécurité Sociale.

Comptes de la santé 2015 (Millions d'€)					
	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Total Complémentaires	Sécurité sociale
Frais gestion	3 785	2 536	1 018	7 339	7 422
DCS = Dépenses courantes de santé	17 249	9 677	5 952	32 878	194 761
%Frais gestion/DCS	21,94%	26,21%	17,10%	22,32%	3,81%
Sources					
DREES Comptes de la santé 2016	DREES Situation financière des Organismes complémentaires 2016				

Ainsi donc, si les frais de gestion des complémentaires étaient les mêmes que ceux de la Sécurité sociale, cela représenterait 6 milliards d'euros d'économies par an...

L'expérience du Régime local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle montre qu'une autre organisation est possible. Avec un taux de couverture de l'AMO à 90%, ce régime a des frais de fonctionnement de l'ordre de 1% et est sensiblement équilibré. C'est que, d'une part, il n'a pas à supporter des frais de marketing et, d'autre part, les syndicats qui le gèrent ont eu le courage, côté dépenses, de maîtriser les frais administratifs, et côté ressources, d'appeler les montants de cotisations nécessaires.



Fusionner la Sécurité sociale et les complémentaires santé

[Sommaire](#)

Des sociologues, des économistes, des partis, des syndicats proposent des formes alternatives d'organisation du système de soins.

La Sécurité sociale reprendrait l'activité d'assurance santé des complémentaires, optique et dentaire compris, mais sans dépassements d'honoraires qui seraient interdits. S'y ajouterait une réforme du médicament supprimant le remboursement des médicaments insuffisamment utiles et promouvant les génériques. Simultanément, serait construit un pôle public de production et/ou renforcés considérablement les moyens accordés à la recherche publique, de manière à l'affranchir de sa sujétion aux financements de l'industrie et l'orienter vers les véritables besoins de santé publique.

Cette nouvelle Sécurité sociale serait redémocratisée, à l'image du Régime local d'Assurance maladie Alsace-Moselle, qu'on pourrait étendre à la France entière.

Cette fusion Sécu-complémentaires est vivement combattue par ces dernières.

« Infaisable et insoutenable », commente Thierry Beaudet, Président de la Fédération de la Mutualité française, qui rejette l'idée que la Sécurité sociale puisse réembaucher les personnels employé·e·s par les complémentaires (41 000 pour *France insoumise*, 70 000 selon T. Beaudet, hors personnels des centres de soins gérés par certaines complémentaires).

Il doute aussi que la Sécurité sociale puisse maîtriser les frais de santé tels l'optique, ou le dentaire ...



Fusionner la Sécurité sociale et les complémentaires santé (Suite)

Bien sûr, l'absorption par le secteur public des complémentaires privées nécessitera des adaptations. Certain.e.s préconisent d'ailleurs une période de transition de l'ordre de 5 ans, pendant laquelle les personnes assurées pourraient choisir librement leur complémentaire, Sécurité sociale publique ou assurance complémentaire privée.

Réaliser une Sécurité sociale à 100%, donc supprimer les dépenses de santé directes non remboursées des ménages (16.4 Md€), impliquerait de le financer par (selon la France insoumise) :

- la suppression des frais de gestion des complémentaires : 7Md€
- la suppression des dépassements d'honoraires : 7,9Md€
- des économies sur la dépense de médicaments : 3Md€
- les économies sur les tarifs de l'optique et du dentaire : 1,5Md€

« Une telle réforme permettrait de réinjecter à terme des milliards d'euros, actuellement prélevés sous la forme de cotisations d'assurance complémentaire pour supporter des frais de gestion et de marketing, dans le financement de médecins, d'infirmiers, d'hôpitaux. »



Des « mutuelles » à la Sécu à 100%...

Créées bien avant la Sécurité sociale, les « mutuelles » ont longtemps été un modèle d'entraide et de solidarité, conçu par des travailleur·euse·s pour des travailleur·euse·s associé·e·s sans but lucratif, pour parer à leurs difficultés de vie et de santé et celles de leurs familles. Leur principal défaut était alors de ne pas être universelles, un autre d'être devenues des lieux de pouvoir avec d'importants enjeux personnels et économiques.

Au moment de la création de la Sécurité sociale, elles se sont trouvées en concurrence et ont tenté de résister. Elles ont alors « gagné » la gestion de la part complémentaire de la prise en charge des soins, avec l'institution d'un ticket modérateur qui aurait pu être évitée.

Puis la gestion de la santé est devenue un marché sur lequel les « mutuelles » ont été concurrencées par les assurances privées. Pour survivre, elles ont suivi la même logique, fusionnant pour créer des mastodontes. Elles ont alors renoncé à certains principes, comme l'absence de sélection des adhérent·e·s selon le risque. A l'échelle nationale, les « mutuelles » ont abandonné leur idéal mutualiste pour rejoindre les pratiques assurantielles. Quel que soit leur mode de fonctionnement, la gestion des complémentaires santé est cinq fois plus coûteuse que celle de la Sécurité sociale, notamment à cause des frais de marketing.

L'égalité de prise en charge des adhérent·e·s disparaît progressivement, avec la création de contrats et donc de cotisations différent·e·s selon l'estimation du risque de maladie.

La fusion des complémentaires avec la Sécurité sociale (vers une Sécurité sociale à 100%) serait une option cohérente afin de rétablir une équité de prise en charge et de diminuer les coûts de gestion.

***La sécu à 100% oui, mais pour quoi, avec qui, pour qui, comment ?
Quelle autonomie pour les soignants dans le cadre d'une Sécu
« démocratique », quelle couverture du territoire, quels revenus ...?
Comment, concrètement, mettre une telle administration au service
des personnes, pour qu'elles puissent influencer sur les choix de santé ?***

