



Votre ami mutualiste

Mutuelle du Télégramme

*Bonnes fêtes de fin d'année
Meilleurs vœux pour 2015*

Edito

Feu la chère Sécu... bonjour l'accord ANI !

« La Sécu nous protège, protégeons-la ! » Nous connaissons tous ou nous avons tous entendu ce slogan. Alors, qu'en est-il réellement aujourd'hui ?

La Sécu est attaquée de toute part... Paradoxalement, les hommes politiques - toutes tendances confondues - n'ont cessé de se réclamer de cet extraordinaire modèle social d'après-guerre ! Mais, au fil du temps, chaque réforme de la Sécu l'a affaibli et l'éloigné de plus en plus de ses principes solidaires fondamentaux... Notre protection sociale n'est plus appréciée aujourd'hui en services qualitatifs mais essentiellement en termes de coût et de financement. De véritables solutions d'équilibre financier n'étant pas appliquées, aussi notre Sécurité sociale « ne peut plus assurer » sa mission fondatrice, à savoir « **Chacun reçoit en fonction de ses besoins et cotise selon ses moyens** ».

Demain... l'ANI devrait assurer une sorte de « relève ou de relais » de notre protection sociale. Ce dispositif doit, nous dit-on, « créer de nouveaux droits aux salariés ». Telle est la volonté de cet **accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 pour, je cite, « un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés »** ! Cette mesure risquant fortement de fragiliser et d'écarter tout un pan de la population... notamment chômeurs et retraités (qui accèderont alors plus difficilement aux soins). **Tout un programme de dite modernité mais au détriment de la solidarité...** Autres temps, autres mœurs...

Est-ce cela le vrai sens de notre protection sociale ?

Bien cordialement et bonnes fêtes de fin d'année à vous et à vos proches.

Michel Buriens

Mut' infos

N° 20 - DÉCEMBRE 2014 - JANVIER 2015

LA SÉCU A 70 ANS...

« Il faut entreprendre une reconquête de la Sécu » Interview de Didier Tabuteau

A l'occasion du soixante-dixième anniversaire de la Sécurité sociale, Viva a interviewé Didier Tabuteau, responsable de la chaire Santé à Sciences-Po Paris (20 juin 2014).

La Sécu a 70 ans. Est-elle toujours la même ?

Sur son organisation, oui. C'est en effet le Conseil national de la Résistance qui va poser en 1944 le principe d'une sécurité sociale. L'assurance-maladie telle que nous la connaissons naît en 1945. Elle avait, dès son origine, deux ambitions : l'universalité - tout le monde devait avoir la Sécu -, et la volonté de réaliser cette généralisation dans un cadre professionnel. Dès le départ, c'est toute l'ambivalence de notre Sécurité sociale : son caractère à la fois universel et professionnel, qui subsiste aujourd'hui.

Pourquoi ce choix d'inscrire l'assurance maladie dans la sphère professionnelle ?

Parce que, dans les années 1930, les assurances sociales françaises se sont mises en place autour du monde du travail, selon un système de cotisations sociales dit « bismarkien ». A partir de 1944, et jusqu'à sa généralisation, en 1978, la Sécu sera peu à peu étendue à toutes les professions (salariés du privé, artisans, commerçants, agriculteurs...). L'universalité de la Sécu ne sera véritablement atteinte en France qu'en 2000 avec la création de la CMU (couverture maladie universelle). Dès lors, et pour que tous les Français aient accès à la Sécu, on sort de la logique purement professionnelle.

La Sécu joue-t-elle toujours bien son rôle de protection sociale ?

Il n'y a pas plus protecteur que la Sécurité sociale. Elle vise à permettre l'accès de tous aux soins et à la prévention. L'universalité de la Sécu fait qu'il existe une mutualisation optimale entre les bien-portants et les malades. C'est toute l'efficacité de ce système. Il permet de prendre en charge les Français qui ont les pathologies les plus lourdes, c'est-à-dire les malades chroniques, qui représentent près de 70 % des dépenses de l'assurance-maladie. Solidaire, cette institution est en plus performante en termes économiques, puisque les frais de gestion de l'assurance-maladie sont de l'ordre de 5 %.

Pourtant, il existe aujourd'hui un vrai problème d'accès aux soins ?

La Sécu protège, en effet, de moins en moins. Si, globalement, elle prend bien en charge les cas lourds (hospitalisation ou maladies chroniques), les soins courants, eux, sont remboursés à moins de 50 %. De plus en plus, l'assurance-maladie obligatoire se décharge des risques, considérés à tort comme « petits », sur les complémentaires santé et se concentre sur les risques les plus graves. C'est en 2004, avec la création de l'Unocam, que l'on a entériné le schisme des assurances maladie. Dès lors, les complémentaires santé ne viennent plus seulement compléter les remboursements de la Sécu, elles sont reconnues comme des acteurs à part entière du système de santé et mises sur le même pied que l'assurance-maladie obligatoire.

Avec l'Ani (accord national interprofessionnel), qui va généraliser les complémentaires santé à tous les salariés, va-t-on changer de système ?

Considérablement. Si on peut se féliciter de cette avancée sociale pour les salariés, les effets pervers sont redoutables ; cet accord va fortement accroître les inégalités sociales de santé. Avec l'Ani, on va mutualiser dans des contrats collectifs, financés en partie par les employeurs, les assurés sociaux ayant un emploi, et leur protection sera d'autant meilleure qu'ils seront cadres ou employés dans des secteurs prospères, avec de bonnes conventions collectives. Ces contrats, protecteurs, sont en outre soutenus par des aides fiscales et sociales. De l'autre côté, les chômeurs et les retraités, dont les risques de santé sont plus importants, devront prendre une assurance complémentaire individuelle, plus chère, non aidée fiscalement. Par ailleurs, l'Ani peut inciter l'assurance maladie à se décharger plus encore sur les complémentaires santé, pénalisant encore davantage ceux qui sont hors du monde professionnel.

Que préconisez-vous ?

Il faut entreprendre une reconquête de la Sécu afin que celle-ci couvre au moins 80 % des dépenses maladie pour tous les Français, et pourquoi pas, 90 % à l'image de ce qui existe en Alsace-Moselle ! D'abord, parce qu'il s'agit d'un système efficace, mais en plus parce qu'il est juste, puisque chacun cotise en fonction de ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins. Ce n'est pas le cas avec les assurances complémentaires, inégalitaires puisque les tarifs ne dépendent pas des revenus, du moins dans les contrats individuels, et que les cotisations croissent avec l'âge ou avec les charges de famille. En tout cas, si on persiste dans ce choix de donner plus de poids aux complémentaires santé, il faut, au moins, que les aides sociales et fiscales affectées aux mutuelles d'entreprise soient redirigées vers ceux qui sont exclus du système, c'est-à-dire les chômeurs de longue durée et les retraités.

Lire aussi sur www.mutuelle-letelegramme.fr

ÉTUDIANTS : LA GALÈRE...

Un étudiant sur trois renonce aux soins et un sur cinq n'a pas de complémentaire santé. Ce chiffre s'élève même à 40 % chez ceux dont les parents gagnent moins de 1.500 € par mois. Difficultés d'accès aux soins, troubles dépressifs, manque de sommeil... : une enquête réalisée par la LMDE (mutuelle étudiante) dresse un constat accablant de la santé des étudiants dans notre pays. Plus grave : « Les étudiants qui jugent leur état de santé comme mauvais ou moyen sont plus nombreux à renoncer aux soins médicaux » - « respectivement 53 % et 54 % ». Pour 29 % d'entre eux, les difficultés financières constituent la principale cause de renoncement. L'enquête de la LMDE révèle d'ailleurs que plus de la moitié des étudiants vivent avec moins de 400 € par mois, autrement dit sous le seuil de pauvreté (954 € par mois).

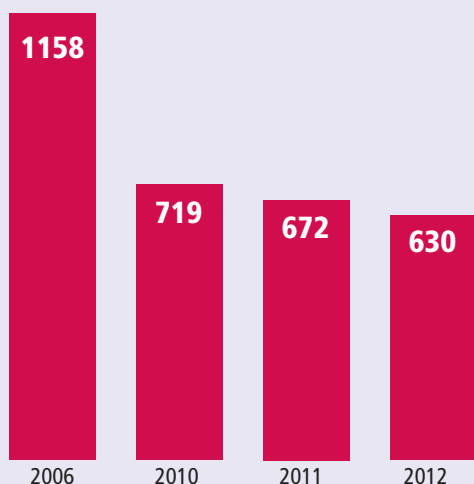
SANS MUTUELLE, IMPOSSIBLE DE SE SOIGNER

Les personnes qui n'ont pas de mutuelle sont deux fois plus nombreuses à renoncer aux soins que les titulaires d'une assurance complémentaire. Or la hausse des taxes sur les mutuelles, multipliées par sept entre 2005 et 2012, a entraîné une augmentation du tarif des complémentaires. De plus en plus de Français se passent de mutuelle ou optent pour des contrats low cost.

Source : rapport (2012) du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie.

DE MOINS EN MOINS DE MUTUELLES

Le nombre de mutuelles de santé a diminué de moitié entre 2006 et 2012. (Source : Drees).



EN BREF...

- N'oubliez pas d'envoyer les **factures des professionnels de santé** à la mutuelle, lorsque vous avez fait l'avance des frais (forfaits optiques et dentaires, lentilles, soins infirmiers, appareillages, semelles orthopédiques, etc.).

HORAIRES DU SECRÉTARIAT

Les permanences téléphoniques, renseignements et accueil sont assurés :

du lundi au vendredi
de 9 h à 12 h et de 13 h 30 à 17 h 30

Une idée, une remarque, une info...

contactez **MUTif**
02.98.63.36.02 - Fax : **02.98.63.97.84**
contact@mutuelle-letelegramme.fr

L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL VA CREUSER LES INÉGALITÉS

La France est-elle vraiment inégalitaire en matière de santé ?

- Les performances françaises en matière de santé sont plutôt bonnes, mais avec des inégalités sociales particulièrement marquées. La France est au premier rang européen pour l'espérance de vie des femmes à la naissance, mais mal placée pour celle des hommes. Pour ces derniers, les résultats sont médiocres en matière de mortalité prématurée et de maladies liées aux comportements à risques (tabac, alcool). Plusieurs études signalent une contre-performance manifeste de la France pour les inégalités sociales de santé : c'est dans notre pays que les écarts de mortalité entre travailleurs manuels et non manuels sont les plus élevés. Les inégalités de mortalité selon l'emploi ou le niveau d'éducation y sont également plus importantes que dans la plupart des pays d'Europe de l'Ouest. Par ailleurs, l'organisation de la médecine générale en France et le paiement à l'acte n'incitent guère aux actions de prévention des consommations à risques. Ce dernier empêche le partage des tâches entre professionnels de la santé et le développement d'une médecine de groupe.

Y a-t-il aussi un problème d'accès aux soins pour raison financière ?

- Aujourd'hui, pour être protégé, il faut nécessairement posséder une complémentaire santé, qui n'est plus, pour beaucoup, accessible financièrement. Les bas revenus attendent pour aller voir le médecin et lorsqu'ils le font leur santé s'est dégradée. Le poids des assurances complémentaires est de plus en plus important. Or, celles-ci ont des règles de fonctionnement différentes de celles de la Sécurité sociale. Elles n'offrent pas une vraie solidarité.

C'est-à-dire ?

- Les règles actuelles des complémentaires permettent une sélection des risques, même si celle-ci est limitée en principe par la loi Evin. En pratique, la sélection des risques s'opère par l'offre de contrats ciblés - par exemple un contrat moins cher, sans forfait lunettes, qui va attirer les jeunes - qui permettent de segmenter les adhérents. En conséquence, les primes sont plus élevées pour les gens les plus malades et les plus âgés. Par ailleurs, le fait que le coût d'une complémentaire ne soit pas proportionnel aux revenus fait que la prime peut atteindre 8 à 10 % du revenu pour les ménages modestes. Or, le renoncement à la complémentaire santé conduit au renoncement aux soins dans de larges proportions. À côté de cela, les hauts revenus sont favorisés, puisque leur dépense d'assurance complémentaire n'excède pas 2,5 % de leur budget. On ne réduit pas la dépense des ménages en transférant sur les complémentaires des remboursements que ne fait plus l'assurance maladie : on ne fait que transférer une couverture financée sur un mode solidaire vers une couverture facultative financée majoritairement par des primes indépendantes du revenu. L'Ani, avec la généralisation de la complémentaire santé au sein des entreprises, va amplifier encore le phénomène.

Pourquoi ?

- On peut se réjouir du fait que 400.000 personnes qui n'avaient pas de complémentaire vont en avoir une. Mais en même temps, 4 millions de personnes qui étaient déjà assurées à titre individuel vont basculer dans un système de complémentaires d'entreprises largement subventionnées... Outre l'effet d'aubaine considérable, dont on peut s'interroger sur l'opportunité en ces temps de restrictions budgétaires, la situation des individus qui ne sont pas salariés va se dégrader. Plus exactement, les personnes âgées et les chômeurs vont être mutualisés seulement entre eux, alors que leur périmètre de mutualisation englobait auparavant les 4 millions de salariés - sans doute plus jeunes et mieux portants - qui vont partir dans le champ de l'Ani ! Cela va contribuer à une augmentation du coût des assurances complémentaires individuelles pour les personnes âgées, les chômeurs, les étudiants... Loin d'instaurer plus de solidarité, l'Ani va, dans les faits, creuser les inégalités. La moindre des choses serait déjà de supprimer les exonérations sociales favorisant les contrats collectifs.

Interview de Brigitte Dormont, économiste responsable de la chaire santé de l'université Paris-Dauphine

DU CHANGEMENT POUR LA RENTRÉE

Fin des vignettes sur les médicaments

- Depuis le 1^{er} juillet, les vignettes blanches, bleues, orange, c'est terminé. Le système Data-matric est mis en place. Il s'agit d'un code-barres qui contient toutes les informations sur le médicament : traçabilité, prix, taux de remboursement et, éventuellement, son tarif forfaitaire de responsabilité (base de remboursement). Pour savoir ce que l'on a payé, il faudra consulter la facture détaillée imprimée au dos de l'ordonnance, le « ticket Vitale ». En ce qui concerne les médicaments achetés sans ordonnance, les informations sur leur prix pourront être affichées dans les officines ou consultables sur le site www.medicaments.gouv.fr

Nouvelles règles de remboursement pour les mutuelles

- Pour obtenir le label « solidaires et responsables », les contrats des complémentaires santé devront respecter de nouvelles règles de remboursement à partir du 1^{er} avril 2015. **Ticket modérateur** : les mutuelles devront prendre en charge intégralement le ticket modérateur, ce qui reste à la charge du patient après le remboursement par l'assurance-maladie, pour tous les types de soins en dehors des cures thermales.

- Optique** : les contrats responsables devront proposer aux adhérents mutualistes des montants de prise en charge minimaux de 100, 150 et 200 € selon les verres, ainsi que des plafonds maximaux de 470 €, pour des verres simples; 750 €, pour des verres complexes et 850 €, pour des verres très complexes.

- Quant aux montures, leur prise en charge est limitée à 150 €.

- Forfait hospitalier** : les contrats responsables devront nécessairement rembourser le forfait journalier de 18 €, 13,5 € (psychiatrie) payé par les patients à l'hôpital.

Magazine Viva, article Anne-Marie Thomazeau