

<https://www.ecoleemancipee.org/spip.php?article2505>



Thème 3 : mettre fin aux mutuelles, vers une assurance-maladie universelle

- Syndicats Nationaux - SNES-FSU - Les congrès du SNES - Congrès de Rennes 2018 - Contributions de l'ÉÉ congrès SNES - Rennes 2018 -



Date de mise en ligne : vendredi 16 mars 2018

Date de parution : 30 mars 2018

Copyright © L'École Émancipée - Tous droits réservés

Le 14 janvier 2017, Le Monde publiait une tribune de Martin Hirsch et Didier Tabuteau, responsable de la chaire santé de Sciences Po. Ils y défendaient le rassemblement de la Sécurité sociale et des mutuelles qui permettrait de faire des économies substantielles. Voici une synthèse de ce qu'ils disaient alors. Notre système de remboursement des soins comporte deux étages. Le premier, c'est l'Assurance-maladie, la « Sécu », qui couvre aujourd'hui environ 77 % des dépenses de soins. Elle prend en charge à 100 %, dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale, les affections de longue durée (ALD), beaucoup des soins hospitaliers et les accidents du travail. Mais le taux de remboursement est inférieur 50 % pour les dépenses de médecine de ville (hors ALD). Au début de l'Assurance-maladie, la majorité de la population n'avait pas accès au deuxième étage, la protection complémentaire, qui, aujourd'hui, couvre 95 % de la population (car désormais obligatoire pour les salarié-es) et finance près de 14 % des dépenses de soins. Mais ce deuxième étage est morcelé entre plus de 500 organismes complémentaires... Ce système est source de complexité : on voit, à l'hôpital, les ressources qu'il faut consacrer pour vérifier les droits complémentaires des patient-es. Un même dossier est traité deux fois, une fois par la Sécu, l'autre fois par la mutuelle. Bref, des centaines de millions d'opérations administratives faites en double. Cette complexité a un coût : l'Assurance-maladie, pour rembourser 150 milliards par an, en dépense 6,5 en gestion. Pour les assurances complémentaires c'est 6 milliards de frais de gestion sur 32 de dépenses maladie. La fusion de ces deux étages permettrait de diviser par deux les frais de gestion de l'ensemble de l'Assurance-maladie, et donc d'économiser environ 6 milliards d'euros par an, sans affaiblir la protection d'aucun assuré et, au contraire, en améliorant l'accès aux soins. Et encore, ces 6 milliards ne sont que les gains directs : finie la CMU complémentaire ou l'aide à l'acquisition d'une complémentaire. Plus de moyens seraient consacrés aux soins et moins aux procédures administratives et au marketing. La création d'une assurance-maladie intégrale suppose de savoir régler deux problèmes. D'abord, celui des dépassements d'honoraires, aujourd'hui couverts en grande partie par les assurances complémentaires et qui n'auraient pas vocation à l'être par le nouveau régime. Les dépassements pourraient être progressivement réduits puis interdits en revalorisant la rémunération des professionnel-les dont les tarifs sont actuellement sous-cotés. Le deuxième est le devenir des mutuelles. Si la réforme se fait sur une période d'environ cinq ans, il est possible d'intégrer une partie des personnels dans les équipes de l'Assurancemaladie, qui connaîtront d'importants départs à la retraite dans les cinq ans.

Michel Décha, ÉÉ