

La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé :

Une réorientation de la solidarité

Interrogation sur la véritable place de l'assurance santé dans l'architecture singulière construite en France depuis les ordonnances de 45.

Vaste sujet qui fait l'objet de réflexions brûlantes à la veille d'une échéance électorale

Partage du point de vue de la CFE-CGC prisme respectif des trois parties prenantes à cette problématique : la puissance publique, l'assurance privé et le bénéficiaire

DU POINT DE VUE DE LA PUISSANCE PUBLIQUE

Après -guerre, la sécurité sociale a été mise en place sur le fondement du **principe de la solidarité**.

Depuis lors, **phénomène paradoxal** : un désengagement sur certains droits sociaux, une étatisation sur d'autres.

LE DESENGAGEMENT

Premier constat : Le remboursement des frais d'optique, dentaire et audio prothèses sont devenus obligatoires mais les régimes complémentaires prévoyance lourde (DC incapacité, invalidité) restent, depuis l'origine, adossés aux négociations conventionnelles.

Fléchée au bénéfice des cadres par la CCN de 47 puis pérennisée par l'ANI de 2017 cette garantie obligatoire a fait locomotive au profit des non-cadres.

Le HACAAM pointe cette difficulté en portant une proposition transversale dans son rapport relative à la prévoyance lourde : une obligation de négocier au niveau de la branche et à défaut instaurer une obligation de financement à la charge de l'employeur

Partisans d'une prévoyance lourde obligatoire CFE-CGC souscrits à cette proposition

Deuxième constat : Au cours du temps démantèlement de l'Etat providence qui, petit à petit, s'est désengagé (partiellement ou totalement) de la prise en charge de certaines couvertures au profit de l'assurance privée.

L'ETATISATION

Dans une approche Macro, trajectoire de plus en plus marquée en faveur de la **main- mise de l'Etat sur un certain nombre de domaines**, jusque-là, à la main des partenaires sociaux :

- Assurance chômage (règles d'indemnisation : dégressivité de l'allocation pour les hauts revenus)
- Retraites complémentaires (intégrées dans une annexe du PLFSS 2022)
- Les adaptations réglementaires du régime social et fiscal de faveur suite (fusion AGIRC ARRCO et la disparition de la CCN de 47).
Conditionnent l'offre des organismes assureurs pour leurs clients.

D'autres signaux forts :

- Nouvelles interactions entre des régimes obligatoires et régimes complémentaires = recouvrement des cotisations AGIRC ARRCO par les URSSAFS
- Proposition de loi sur la rénovation du cadre de PLFSS (projet d'instauration d'une règle d'or)
- Rapport déposé en janvier par le HCAAM

Au plan de leur économie générale, les 4 scénarios :

- Remettent tous en question le système actuel
- Renforcent l'intervention publique dans le financement et la régulation au détriment de la logique de complémentarité AMO / AMC
- Encadrent davantage l'AMC ou la cantonne à un rôle résiduel voire la transforme en assurance supplémentaire

Pour CFE-CGC, incursion de l'Etat traduit la volonté de **n'appréhender ces sujets sociétaux que sous l'angle économique**. C'est une approche :

- **Court termiste et incomplète** reposant sur des transferts utopiques ne prenant en compte
 - ni les besoins à venir liés au vieillissement de la population
 - Ni le déficit inédit des dépenses de santé conséquence de la pandémie

- **Inéquitable pour les classes moyennes** si « le bouclier sanitaire devait être retenu »

Etat gagnerait à recentrer sa contribution sur la base d'un socle de base pertinent et universel dont le point d'ancrage devrait être le besoin de l'assuré.

Nécessaire de mieux délimiter les rôles AMO/AMC pour les rendre plus lisibles tout en maîtrisant de façon efficiente les dépenses de santé globales par une action coordonnée des acteurs (encadrement des professionnels de santé maîtrise du prix des médicaments, améliorer les partages de données ; création d'un organisme de régulation indépendant)

DU POINT DE VUE DES ORGANISMES D'ASSURANCE

Quel est leur rôle historique ?

- Améliorer la couverture sur les champs non couverts par les régimes de base ou insuffisamment
- Etendre la couverture grâce à l'économie d'échelle trouvant son fondement dans la mutualisation
- Amortir la crise sanitaire (portabilité, activité partielle...)

Rôle crucial sur les investissements et les offres de soin dédiés à la prévention

Rôle de pionnier sur les nouvelles technologies (télésanté ; Accompagnement à la perte d'autonomie...)

Avec l'encadrement de plus en plus contraint de ce marché privé (*obligation de couverture ou de maintien de garantie ; encadrement du panier de soin ; limite imposée à la tarification, sélection ou recommandation de prestataires ; prise en charge de cotisations ou cofinancement...*) nous sommes face à un « marché éduqué » au service de l'intérêt général auquel on impose une sorte de fonction sociale.

Partenaires sociaux ont un rôle important à jouer dans « l'éducation » de ce marché

- Par l'intermédiaire d'ANI qui auraient vocation à s'imposer aux entreprises
- Transmission de valeurs sociales via l'éducation DES
- Réflexions et échanges avec la DSS

Pour la CFE-CGC ce « marché éduqué » ne doit pas freiner la mutualisation. Il faut laisser le marché s'organiser pour promouvoir cette mutualisation qui

constitue le tremplin précieux pour atteindre l'efficience et la baisse des coûts bénéfiques pour les bénéficiaires

Et c'est, pour nous, du point de vue de ces derniers que tout doit se jouer !

DU POINT DE VUE DES BENEFICIAIRES

Partageons les **objectifs affichés par le HCAAM** sur :

- Simplification
- Lisibilité
- Équité, notamment, par rapport à la situation des retraités en sortie de groupe (CFE-CGC crédit d'impôt= 50% du cout de la complémentaire santé)

2 autres questions fondamentales :

- Les RAC

Pour CFE-CGC, ajustement des RAC aberrants des assurés dans certaines situations médicales identifiées = cas des ALD

sans basculer vers un bouclier sanitaire en fonction des revenus qui violerait l'un des principes fondateurs de l'assurance maladie selon lequel « *chacun contribue selon ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins* »

Pérenniser le rôle des partenaires sociaux sur la négociation au niveau de la branche et de l'entreprise des couvertures complémentaires adaptées aux besoins, garante d'un RAC acceptable

- Le niveau des prestations offertes

« Grande Sécu » s'apparente au système britannique : Ouverte à tous mais sur la base de prestations « a minima ».

Intervention publique laissera peu de place au libre arbitre des patients ni pour choisir leur médecin traitant ni leur hôpital

Conclusion

Sommes favorables au **maintien de l'architecture actuelle avec des ajustements au bénéfice des assurés sociaux et souscripteurs contrats assurance**