

Intervention de Frédérique GALLIAT – Conseillère Nationale UNSA – Entretiens de l’IRES Février 2022

Premier constat partagé par beaucoup : notre système de protection sociale est l’un des plus performants « au monde ». Au sens où, la France est un pays qui permet de se soigner sans que la population n’ait à supporter des restes à charge astronomiques (en comparaison notamment avec le modèle étasunien).

Mais quand on dit cela, on observe une tendance, une moyenne.

Force est de constater en réalité qu’il existe des disparités importantes d’une situation à une autre.

Aujourd’hui, quand on est salarié du privé, agent de la fonction publique, retraité, jeune ou encore chômeur en fin de droit à la portabilité, on n’est pas égaux quant à la couverture de nos dépenses de santé, y compris au sein d’une même catégorie.

L’Assurance Maladie rembourse la même base à tous, sur ce point-là, il n’y a pas de débat.

Mais là où les inégalités vont se créer, c’est sur l’accès à une complémentaire santé et sur les niveaux de remboursement des prestations.

Et cette question de différenciation, elle a plusieurs entrées :

- Celle du pouvoir d’achat : si depuis 2016, les salariés du privé, et bientôt les agents de la fonction publique (et l’UNSA s’en félicite) sont couverts par une obligation de couverture santé prise en charge en partie par l’employeur, il existe des « trous dans la raquette ». Ainsi, les jeunes, les retraités ou encore les chômeurs en fin de droit à la portabilité (de leur complémentaire santé à titre « gratuit »), sont majoritairement exclus des dispositifs d’aide à l’acquisition d’une complémentaire santé. Et ce, alors même que les retraités et les demandeurs d’emploi sont connus pour être plus exposés aux problèmes de santé. À l’UNSA, par exemple, on propose ainsi que tous les demandeurs d’emploi en fin de droit à la portabilité et qui dépassent les plafonds prévus, puissent quand même bénéficier d’un accès à la complémentaire santé solidaire (CSS) à cotisation modérée.
- Autre entrée pour analyser les inégalités en matière de complémentaire santé, c’est la différence qu’il peut exister au sein d’une même catégorie de la population. Un salarié du privé par exemple, ne bénéficiera pas des mêmes prestations, ni des mêmes niveaux de remboursement qu’il travaille dans une très grande entreprise ou dans une TPE de quelques salariés. Pire encore, l’employeur n’arrivera pas à négocier les mêmes niveaux de cotisations d’une entreprise à une autre pour les mêmes prestations. Et la disparition des clauses de recommandation dans les branches professionnelles, qui obligeaient tous les employeurs d’un même secteur à souscrire auprès d’un même assureur à fortement mis à mal la mutualisation qui est l’un des piliers de la solidarité. Dans les entreprises du privé, un autre phénomène est particulièrement inquiétant et vient accroître les inégalités. C’est celui du développement sous tous azimuts des options ou surcomplémentaires santé qui viennent améliorer les niveaux de remboursement du contrat de base négocié dans l’entreprise. Le problème, c’est que ces options sont à la charge du salarié, sans participation de l’employeur, et reviennent donc à ceux qui peuvent se les payer. Elles participent également à déresponsabiliser certains employeurs quant à leur « obligation » de négocier un bon niveau de couverture santé pour leurs salariés.

Pour l’UNSA, le panier de soins minimum imposé par les pouvoirs publics au moment de la généralisation de la complémentaire santé dans le privé n’est pas suffisant pour répondre aux besoins

de la population en l'état actuel de notre système de santé. Et c'est là que la question de la frontière public/privé en matière d'assurance santé s'ouvre.

Aujourd'hui, les pouvoirs publics ont créé des « *listes quasi-millimétriques* » des prestations et des niveaux de prestations remboursables.

Pour l'UNSA, s'il est en effet du rôle des pouvoirs publics de pouvoir réguler et responsabiliser les acteurs en matière de dépenses de santé, encore faut-il s'attaquer à l'ensemble du problème. Or aujourd'hui, dans certaines zones géographiques, il n'est plus possible d'accéder à un spécialiste qui ne pratique pas de dépassements d'honoraires. Et si on regarde le nombre de spécialistes qui adhèrent au dispositif les incitant à modérer leurs dépassements, on ne peut que constater que cela ne porte pas les fruits escomptés.

Donc, d'un côté on contraint les assureurs et les assurés, mais de l'autre, on laisse le système de santé et certains de ses acteurs préserver les intérêts financiers confortables au détriment des besoins de la population.

Je rappelle que sur 3,2 Mds€ de dépassements d'honoraires en France, « seulement » 1,4 Md€ sont pris en charge par les complémentaires santé. Or, on a pu voir que certaines de ces dépenses sont contraintes.

Et comme l'Etat a défini un panier de soins responsable (ce qui en soit part d'un bon principe), avec des incitations fiscales pour les employeurs et les assureurs, cela réduit d'autant plus les marges de manœuvre de négociation et la réponse aux besoins de la population.

On peut toutefois souligner la mise en place de réseaux de soins par les assureurs complémentaires qui tentent d'apporter une réponse aux préoccupations des assurés en réduisant ce phénomène de reste à charge induit. Mais là aussi, encore faut-il avoir accès à ces services. De plus, ils ne couvrent pas tous les besoins. Quand un assuré doit par exemple passer une IRM en urgence, que le secteur public n'offre pas de disponibilité avant 6 mois, il faut faire un choix entre son état de santé, et l'état de son compte en banque et ce n'est pas acceptable.

Alors pour « gommer » les imperfections et les inégalités du système de protection sociale et notamment en matière de remboursement et d'accès aux soins, certains avancent l'idée d'une « Grande Sécu ». Le principe est simple, l'Assurance Maladie rembourse seule les frais de santé, et les complémentaires santé n'ont plus lieu d'être.

On pourrait donc se dire que c'est LE système idéal, plus solidaire puisque chacun y cotise selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Plus de logique de marché privé, ni de régulation de ses acteurs, etc.

Sauf que dans la réalité, ce n'est pas le scénario qui a été étudié par le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance Maladie et qui a fait couler beaucoup d'encre ces dernières semaines. Le scénario de travail, prévoyait ainsi par exemple de faire perdurer les dépassements d'honoraires sans prise en charge de ces derniers par l'Assurance Maladie. Poussant donc les assurés à devoir s'équiper à nouveau d'une complémentaire santé, mais cette fois non prise en charge par les employeurs, ce qui conduit donc à une augmentation de la participation financière par rapport à la situation actuelle.

Ce scénario ne pose pas non plus la question des déserts médicaux et du recours induits à des soins plus coûteux pour l'assuré, car au-delà du remboursement de base du régime obligatoire d'assurance maladie.

L'UNSA n'est pas fondamentalement opposée à une réforme du système, mais elle ne peut se faire que si elle n'engendre pas de nouvelles inégalités, ni sans régler la question sociale des quelques 100.000 salariés du secteur de la complémentaire santé.

Pour conclure, on voit qu'aujourd'hui, vouloir réguler le marché privé de la complémentaire santé ne fonctionne pas comme cela le devrait.

Pour l'UNSA, une réorientation vers plus de solidarité est possible, y compris avec les acteurs publics et privés, mais cela passe par des impératifs et je n'en citerai ici que trois.

- Le premier, celui de la question de l'accès aux soins de qualité pour tous et ce quel que soit le lieu de résidence en prenant enfin des mesures contraignantes pour assurer la réponse aux besoins de la population.
- Le second, celui du changement en matière de dispensation des soins, qui doivent absolument prendre le virage de l'éducation à la santé et de la prévention pour tous et à tout âge. Et ce pan-là doit être porté par les pouvoirs publics comme un réel objectif à atteindre rapidement car générateur de gains économiques, sociaux, productifs, etc.
- Le troisième impératif, celui d'une meilleure mutualisation des risques entre l'ensemble des actifs, les retraités, les jeunes, les demandeurs d'emplois etc. Et ce, afin de réduire les profondes inégalités en matière de couverture santé en créant plus de solidarité.