ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS DU GROUPI SPIE

3A. Spie – EUROPA - Campus Saint - Christophe 95863 Cergy-Pontoise Cedex
Association - Loi du 1er juillet 1901 - dossier n° 3/09 317 du 10 août 1989 - J.O. n° 35 du 30 août 1989
Tél. : 01 30 73 19 87 - e-mail : aaa.spie@orange.fr - Site : 3aspie.org

COMMISSION "SOCIAL"

Quelles Evolutions Pour l'Assurance Complémentaire Santé

La baisse du Reste à Charge pour les dépenses de soins

Colloque organisé par la CFR (Confédération Française des Retraités) à l'Assemblée nationale
le 28 septembre 2018 à 9 heures.

Parrainage : M. Olivier Véran, Député LREM de l'Isère. Rapporteur général de la Commission des Affaires Sociales.

Ce colloque s'est tenu dans la Salle Colbert de l'Assemblée Nationale. Coïncidence et pour mémoire : C'est en 1670 que Colbert a créé le premier régime de retraite en France.

Ouverture du colloque par Pierre Erbs, Président de la CFR

Présentation par Denis Raynaud, Directeur de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) Economiste de la Santé

L'Assurance Maladie Obligatoire (Sécurité Sociale) est de loin le principal payeur des dépenses de maladie.
5% de la population française n'a pas de Complémentaire Santé, de contrat collectif ou de contrat individuel.
12% des revenus des retraités sont prévus pour les dépenses de santé.
La généralisation des Complémentaires Santé des entreprises n'a apporté aucune amélioration pour les retraités qui sont laissés de côté. Résultat : une hausse des primes est réelle pour les contrats individuels donc ceux des retraités.
Les réformes sont ciblées beaucoup plus sur des accords entre la Sécurité sociale et les Complémentaires Santé mais bien entendu avec un risque d'augmentation des primes d'Assurances Complémentaires.
Exemple : la nouvelle réforme et création du nouveau dispositif de la CMU-C contributive, née de la fusion de la CMU et de l'ACS* qui concerne plus les Français qui ont les revenus les plus modestes tout en préservant leur liberté de choix de l'organisme qui les protège.
La CMU avait été créée en 2000 et concernait 5,5 millions de bénéficiaires. La CMU-C contributive concernera entre 10 et 12 millions de bénéficiaires potentiels et est prévue dans le projet de loi de financement de la Sécurité Sociale à compter du 1er novembre 2019.

*ACS : Assurance Complémentaire Santé

***TABLE RONDE I* – L'ASSURANCE MALADIE A LA FRANCAISE : UN SYSTEME A BOUT DE SOUFFLE ?**

Intervenant : Gilles Huteau : Professeur à l'Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP) Chercheur au laboratoire Droit et changement social de l'Université de Nantes.

Comment fonctionne le système français :
C'est l'Etat français qui conçoit et contrôle ce système.
Il s'agit d'un ménage à 3 : - Assurance Maladie de Base (Sécurité Sociale)
- Assurance Complémentaire
- Professionnels de Santé

Actuellement :

- Assurance Maladie (Sécurité Sociale)
  Il s'agit d'un système de solidarité avec une uniformité des prestations de santé. Nous sommes tous soumis aux mêmes remboursements y compris les retraités.

- Assurance Complémentaire Santé à bout de souffle
  Le Reste à Charge correspond aux accords avec l'Assurance sociale.

Ces deux systèmes sont actuellement conflictuels.

- Professionnels de santé
  Pas très coopératifs en raison, entre autres, d'une charge administrative importante

Les retraités se retrouvent donc isolés puisque l'assureur prend en compte la probabilité du risque par rapport à leur âge.
L'autre discrimination importante est la différence entre les actifs et les retraités. Les actifs payent la moitié de leur cotisation, l'autre moitié est payée par l'employeur alors que les retraités payent la totalité de leurs cotisations et qui en raison de l'âge sont plus chères que celles des actifs.

***TABLE RONDE II* – UNE ASSURANCE MALADIE UNIVERSELLE : VERS UN SYSTEME SIMPLIFIE ET MIEUX CIBLE ?**

Intervenant : Patrick Hassenteufel : Professeur à Science Po Saint-Germain en Laye, Sociologue comparatiste.

Le système maladie allemand a inspiré notre système français. Par contre en Allemagne il n'existe pas de dépassements d'honoraires et les Complémentaires Santé sont mises en concurrence.
Dans le système britannique et scandinave l'accès aux soins hospitaliers est gratuit ainsi qu'en Ambulatoire. Par contre les médicaments sont plus chers.
En France le Reste à Charge est le plus bas du reste de l'Europe par contre les consultations médicales sont les plus élevées du reste de l'Europe. Il est un facteur de renoncement aux soins pour certaines personnes.

Intervenant : Frédéric Bizard, Professeur d'économie à l'ESPC Europe et Science Po de Paris, Président de l'Institut Santé

Depuis la Révolution Française jusqu'en 1945 des lois de protection sociales étaient créées mais étaient de nature plutôt charitables et concernaient plus les travailleurs et les chefs de famille.
C'est en 1945 que la Sécurité Sociale est créée.
Des lois de protections existent mais l'apparition de nouveaux risques comme l'allongement de la durée de vie et la transformation du travail nous obligent à repenser notre modèle social.
Les réformes doivent aller vers un progrès pour l'amélioration d'un système monolithique, universalité et solidarité, autonomie et liberté, engagement individuel pour une démocratie sociale et équité intergénérationnelle.
Il faut aller vers un régime universel. Actuellement il existe 14 Régimes de Santé obligatoires. Faut-il les garder ?
Le système aujourd'hui protège moins, il est cher et moins remboursé. La situation va s'aggraver en qualité de soins et il existe une fracture en matière de solidarité.
L'Assurance maladie universelle, est-elle une solution "réaliste" face à un système complexe ?
Le régime particulier de l'Alsace-Moselle : une généralisation à l'ensemble du pays est-elle possible ?

Intervenant : Pierre-Henri Bréchat : Médecin spécialiste de santé publique et de médecine sociale et membre de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes.
En 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classait le système français comme le meilleur au monde. Mais aujourd'hui ce classement peut non seulement être remis en cause, mais nous pouvons même nous demander si les principes d'égalité, de solidarité ou de fraternité ne sont pas remis en cause.
En France 82 % des soins hospitaliers sont pris en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Les personnes s'adressent plus facilement aux urgences des hôpitaux plutôt que de voir un médecin. Les hôpitaux alertent depuis longtemps les pouvoirs. Les motifs d'inquiétude s'accroissent.
Comment trouver en France un système qui permette d'avoir le plus de personnes en bonne santé ? en évitant d'opposer les catégories sociales entre elles comme les actifs et les retraités.
Un autre système de santé est possible. M. Bréchat donne des exemples en s'appuyant sur des réussites étrangères comme en Amérique.

Frédéric Brizard reprend la parole pour insister qu'en France le maillon faible est surtout le jeune retraité. La CSG est en effet nécessaire dans notre pays mais devrait être généralisée aux retraités et non pas les pénaliser comme c'est le cas aujourd'hui.
Il rappelle aussi que le prix des actes médicaux est pourtant le plus faible en France.
Quant aux comparaisons avec d'autres pays, elles sont surtout politiques.

TABLE RONDE III – COMMENT REFORMER L'ASSURANCE MALADIE ? UN DEFI POLITIQUE DE TAILLE

Intervenante : Anne-Marie Brocas, Présidente du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

La solidarité entre personnes en bonne santé et malades et l'accessibilité aux soins pour tous en dehors des revenus de chacun sont des principes qui ont été satisfaisants pendant longtemps.

L'ADLD (Affection de Longue Durée) est prise en charge par la Sécurité Sociale et correspond à une dépense de 6700€ par an par maladie et par intéressé. Le secteur médical à liberté d'honoraires comme les prothèses auditives et dentaires, les dépassements d'honoraires, les chambres hospitalières, etc. font que ce système devient catastrophique aujourd'hui au niveau du Reste à Charge et il est d'autant plus important pour les personnes âgées.

L'évolution des dépenses des hôpitaux provient aussi de la suite d'une révolution pour l'investissement dans du matériel hospitalier très utile et de plus en plus performant pour des interventions chirurgicales.
La solution serait l'implantation de Centres hospitaliers et de soins de proximité. L'exigence démocratique d'une transformation de l'Assurance Maladie doit s'imposer.

Intervenante : Véronique Cazals, Directrice santé de la Fédération Française de l'Assurance (FFA)

La réforme est difficile mais nous avançons pas à pas. Le déficit de la Sécurité Sociale était de 12 milliards d'euros en 2010, il serait réduit à 400 millions en 2018 et peut-être disparaître en 2019.

Nous avons des difficultés avec les professionnels de santé mais 99% des médecins ont signé des Contrats Responsables* en France.
La CMU est revue et concernera plus de personnes.
Le tiers payant devra être généralisé.

La réforme promise par E. Macron est compliquée et très coûteuse. Sa proposition du Reste à Charge zéro devrait concerner surtout le remboursement intégral de certaines lunettes, prothèses dentaires et auditives. Cette promesse politique est à l'étude et sera tenue d'ici 2021 en raison de son coût élevé pour lequel il faut trouver la compensation financière.
Exemple : en projet : En optique les verres seraient entièrement remboursés, par contre les montures elles le seraient moins.

Intervenante : Séverine Salgado, directrice déléguée à la santé de la Fédération nationale de la Mutualité Française (FNMF)
Le Reste à Charge actuel est très inégalement réparti et Il peut être important en cas d'hospitalisation. Le remboursement total de l'ADLD exclut le remboursement pour d'autres soins qui peuvent être nécessaires et les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en compte. En ce qui concerne la perte d'autonomie, le Reste à Charge est aussi très élevé.

La réforme du 18 septembre 2018 concerne trois points importants :
- La création de Centres de santé, de maisons de santé, centres hospitaliers de proximité. L'objectif est de désengorger les urgences hospitalières et donc d'éviter le recours à l'hospitalisation. Faire le relais.
- La prévention
- Des mesures seront prises sur certains médicaments afin d'en faire baisser les prix

*Contrat responsable : Contrat signé par le médecin qui accepte de respecter un cahier des charges précis avec l'Assurance Maladie et qui bénéficie d'aides fiscales et sociales.

Le but du Reste à Charge Zéro est d'éviter à des personnes de renoncer à se faire soigner. Ce qui est le cas aujourd'hui.
Etant donné le coût que celui-ci représente il faut trouver qui sera le payeur.
Exemple de projet : En optique, une monture de lunettes qui pourtant ne coûte que 15 € par le fabricant était remboursée par la mutuelle 150€. Elle ne sera plus remboursée que de 100 €.

La réforme de la CMU-C n'est pas encore fixée mais concernera surtout les personnes les plus défavorisées.

CONCLUSION ET POINT DE VUE de Pierre ERBS, Président de la CFR

Nécessité urgente de l'amélioration du Reste à Charge des retraités qui aujourd'hui est trois fois supérieur à celui des actifs. Aggravation depuis 2016.
Faible pouvoir de négociation
Discrimination par l'âge.
La CFR demande la déductibilité sociale et fiscale des montants payés par les retraités pour les Complémentaires Santé et de remettre du mutualisme dans ces Complémentaires Santé.
A étudier la possibilité de l'extension des mutuelles avec celles de l'Alsace-Moselle qui sont moins chères. Le Reste à Charge Zéro se retournera t'il contre les retraités ? Les mutuelles pourraient être tentées d'augmenter leurs tarifs pour financer cette promesse de campagne d'Emmanuel Macron.
D'ici 2021 le montant des contrats pourrait augmenter de 6,8% et même atteindre 9,3% pour les retraités qui sont de gros consommateurs de soins dentaires et d'appareils auditifs.

Céline Casana
Commission "social" 3A Spie