



Désengagement programmé de la Sécurité sociale et « reste à charge »

mardi 20 mars 2018, par [Bariaud](#)

RETRAITÉS, CONTINUITÉ DE LA VIE SYNDICALE

DÉSANGAGEMENT PROGRAMMÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET « RESTE À CHARGE »

La CGT a engagé une campagne pour la reconquête de la Sécu et le 100 % Sécu. Versons au dossier des problèmes qui se posent immédiatement dans le cadre des hausses de la CSG, du forfait hospitalier, des cotisations des mutuelles ; des coupes dans les dépenses de santé ; du bouleversement des régimes de retraite annoncé ...

Que signifie la promesse de Macron « zéro reste à charge sur les frais d'optique, dentaires et audio » ?

Thierry Beaudet, président de la Mutualité française et ex-président de la MGEN, après avoir annoncé l'augmentation des tarifs des mutuelles en 2018 (entre 2 % et 4 %, « justifiée » par les 2 € de plus du forfait hospitalier), explique^[1], que « tout ne peut pas être remboursé à 100% ».

Il faut donc « définir un panier de soins nécessaires et de qualité », et, au-delà, « laisser la liberté aux mutuelles de proposer des prises en charge plus complètes, aux professionnels de santé de prescrire d'autres dispositifs médicaux et aux patients de choisir des options supplémentaires si c'est leur choix ».

La suppression de la part de la cotisation du-de la salarié-e du privé à l'assurance maladie « remplacée » par la hausse de la CSG coïncide avec cette augmentation des cotisations des complémentaires santé. Pour les retraité-es, double peine.

À titre d'exemple, à la MGEN, pour les retraité-es à partir de 70 ans au tarif « Référence », cette augmentation est de 6,5 % en janvier 2018, passant de 4,20 % à 4,44 % (de 2009 à 2016, les mêmes cotisations étaient passées de 2,9 % à 4,20 %).

On ne peut que faire le rapprochement avec la loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) de 2018 qui coupe 4,5 milliards d'euros à la santé, c'est-à-dire encore plus de

fermetures de lits, des séjours de plus en plus courts à l'hôpital avec de moins en moins de personnels soignants, etc.

« Reste à charge »

De quoi parle-t-on ? De ce que la Sécu ou de ce que Sécu « complémentaire santé (CS) ne rembourse pas ?

Pour les salarié-es du privé, les patron-nes financent jusqu'à 50 % de la cotisation à la CS obligatoire depuis 2016².

Où ils augmentent d'autant la masse salariale ? Bien sûr que non, ils ont fait jouer les vases communicants entre les cotisations dites patronales et salariales en bloquant ces derniers : de la même façon, l'augmentation du forfait hospitalier est déduite du financement des hôpitaux par la Sécu avec la LFSS 2018.

Le prétendu « zéro reste à charge » est donc financé par l'augmentation inadmissible des tarifs des CS, à condition toutefois de ne pas dépasser le « panier de soins » sinon, si vous pouvez payer, on vous propose une surcomplémentaire.

Qui paie donc quand le gouvernement désengage la Sécu ? Le-la malade, le-la salarié-e, le-la retraité-e, dans tous les cas.

Nous avons déjà dénoncé la rupture des dirigeants de la MGEN avec les principes mutualistes quand ils ont abandonné le taux et les prestations uniques pour 4 formules en fonction du taux de cotisation choisi, c'est-à-dire le système des assurances privées³.

Il y a urgence à revenir aux principes mutualistes : un seul taux de cotisation, un seul barème des prestations⁴. Nous ne nous résignons pas à la transformation des mutuelles en assurances privées.

À l'évidence, les problèmes abordés ici sont du niveau confédéral, ils ne concernent pas que les retraité-es et les actif-ves des champs professionnels de la FERC.

Philippe Bouyries
CE de l'URC



¹ Revue de presse du 7 février 2018 sur <https://www.mutualite.fr/revue-de-presse>.

² Conséquences de l'ARF du 11-03-2017 que la CGT a refusé de signer (ainsi que FOS).

³ Voir Le Lien : n°183, novembre 2015, page 23 ; n°190, mars 2017, page 21.

⁴ Heureusement toutes les mutuelles n'ont pas suivi la MGEN.

21

Le Lien n°184 Mars 2018

La CGT a engagé une campagne pour la reconquête de la Sécu et le 100 % Sécu. Versons au dossier des problèmes qui se posent immédiatement dans le cadre des hausses de la CSG, du forfait hospitalier, des cotisations des mutuelles ; des coupes dans les dépenses de santé ; du bouleversement des régimes de retraite annoncé ...

Que signifie la promesse de Macron « zéro reste à charge sur les frais d'optique, dentaires et audio » ?

Thierry Beaudet, président de la Mutualité française et ex-président de la MGEN, après avoir annoncé l'augmentation des tarifs des mutuelles en 2018 (entre 2 % et 4 %, « justifiée » par les 2 € de plus du forfait hospitalier), explique [1], que « tout ne peut pas être remboursé à 100% ».

Il faut donc « définir un panier de soins nécessaires et de qualité », et, au-delà, « laisser la liberté aux mutuelles de proposer des prises en charge plus complètes, aux professionnels de santé de prescrire d'autres dispositifs médicaux et aux patients de choisir des options supplémentaires si c'est leur choix ».

La suppression de la part de la cotisation du-de la salarié-e du privé à l'assurance maladie « remplacée » par la hausse de la CSG coïncide avec cette augmentation des cotisations des complémentaires santé. Pour les retraité-es, double peine.

À titre d'exemple, à la MGEN, pour les retraité·es à partir de 70 ans au tarif « Référence », cette augmentation est de 6,5 % en janvier 2018, passant de 4,20 % à 4,44 % (de 2009 à 2016, les mêmes cotisations étaient passées de 2,9 % à 4,20 %).

On ne peut que faire le rapprochement avec la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2018 qui coupe 4,5 milliards d'euros à la santé, c'est-à-dire encore plus de fermetures de lits, des séjours de plus en plus courts à l'hôpital avec de moins en moins de personnels soignants, etc.

« Reste à charge »

De quoi parle-t-on ? De ce que la Sécu ou de ce que Sécu + complémentaire santé (CS) ne rembourse pas ?

Pour les salarié·es du privé, les patron·nes financent jusqu'à 50 % de la cotisation à la CS (obligatoire depuis 2016 [2]).

Ont-ils augmenté d'autant la masse salariale ? Bien sûr que non, ils ont fait jouer les vases communicants entre les cotisations dites patronales et salaires en bloquant ces derniers ; de la même façon, l'augmentation du forfait hospitalier est déduite du financement des hôpitaux par la Sécu avec la LFSS 2018.

Le prétendu « zéro reste à charge » est donc financé par l'augmentation inadmissible des tarifs des CS, à condition toutefois de ne pas dépasser le « panier de soins » sinon, si vous pouvez payer, on vous propose une sur-complémentaire.

Qui paie donc quand le gouvernement désengage la Sécu ?

Le·la malade, le·la salarié·e, le·la retraité·e, dans tous les cas.

Nous avons déjà dénoncé la rupture des dirigeant·es de la MGEN avec les principes mutualistes quand ils ont abandonné le taux et les prestations uniques pour 4 formules en fonction du taux de cotisation choisi, c'est-à-dire le système des assurances privées [3].

Il y a urgence à revenir aux principes mutualistes : un seul taux de cotisation, un seul barème des prestations [4]. Nous ne nous résignons pas à la transformation des mutuelles en assurances privées.

À l'évidence, les problèmes abordés ici sont du niveau confédéral, ils ne concernent pas que les retraité·es et les actif·ves des champs professionnels de la FERC.

Notes

[1] revue de presse du 7 février 2018 sur <https://www.mutualite.fr/notices-legales>.

[2] conséquence de l'ANI du 11-03-2013 que la CGT a refusé de signer (ainsi que FO).

[3] voir Le Lien : n°185, novembre 2015, page 23 ; n°190, mars 2017, page 21.

[4] heureusement toutes les mutuelles n'ont pas suivi la MGEN.