

Montpellier, le 26 octobre 2015

Le Président

LETTRE OUVERTE :

Objet : PLFSS 2016 – Complémentaire santé des seniors – clauses de co-désignation – Réseaux de soins

Mesdames et Messieurs les parlementaires,

En mars 2013, les élus du Peuple ont légiféré sur la généralisation des contrats collectifs de complémentaire santé à adhésion obligatoire en entreprise (article 1 de la loi 2013-504).

Sous couvert "*d'avancée sociale*" (alors que **96%** des salariés avaient déjà une complémentaire santé !), nos élus ont en réalité permis **une gigantesque, mais tragique, partie de bonneteau** : du jour au lendemain, des dizaines de milliers de contrats individuels ont été **résiliés** dans les petites mutuelles pour ... **réapparaître** dans les contrats collectifs obligatoires, souscrits par les employeurs auprès de grands groupes assuranciers (AG2R, Mederic, Mutex SA, ...). La qualité des contrats a été diminuée obligeant les salariés à souscrire des garanties « sur complémentaires » quand ils peuvent se les payer !

En décembre 2013, les élus du Peuple ont à nouveau été pressés d'adopter un second "*progrès social*" voulu par Marisol Touraine (article 56 de la LFSS 2013) : au prix d'une nouvelle segmentation de la population, les personnes relevant de l'ACS sont alors **contraintes de quitter leur mutuelle de proximité**, pour être déportées vers une dizaine d'assureurs patentés (décret n° 2014-1144). Nombre de bénéficiaires de l'ACS paient aujourd'hui plus cher leur complémentaire !

Moins d'un an après, les élus du Peuple sont encore sollicités par le gouvernement pour entériner (si possible les yeux fermés) 2 nouvelles dispositions :

- **une entorse aux décisions du Conseil Constitutionnel** (condamnant les clauses de désignation en 2013) en introduisant la notion de **co-désignation** en matière de complémentaire santé pour les salariés ;
- **une énième segment de population** (les plus de 65 ans), sous couvert d'une nouvelle "*avancée sociale* » pour des contrats de complémentaire santé dédiés et présentés par la Ministre comme une réponse d'ordre tarifaire aux difficultés rencontrées par les retraités pour financer leur complémentaire santé !

Avant de voter ces funestes projets, nous souhaitons que vos réflexions s'attardent sur quelques éléments :

1 - les raisons de la situation actuelle :

En page 34, le dossier de presse sur le PLFSS 2016, présenté le 24/09/15 par Mme Touraine et MM Eckert et Sapin, relève fort judicieusement que "*le coût d'une couverture complémentaire santé devient particulièrement élevé lorsque les personnes partent à la retraite. En effet, les retraités sont couverts dans le cadre de contrats individuels, qui présentent en général un moins bon rapport prestations/cotisations que les contrats collectifs, ...*".

De ce constat, nos trois ministres auraient dû déduire que la situation est une conséquence directe de "*l'avancée sociale*" de 2013. C'est en effet la loi qui instaure la scission de la population en 2 groupes, **inégaux** face au risque et **non solidaires** :

- **celui des salariés** et de leurs ayants droit, ayant une moyenne d'âge basse, un coût du risque moindre et, par conséquent, une cotisation « *avantageuse* » et partiellement prise en charge par l'employeur et la collectivité (via les exonérations de charges sociales et fiscales),
- **celui des exclus des contrats obligatoires**, dont le coût du risque est élevé, en raison de leur situation socioéconomique ou de leur âge avec, comme corollaire, une cotisation élevée, dont ils assument seuls la charge !

Au nom de quels intérêts collectifs faudrait-il qu'aujourd'hui, pour masquer l'erreur d'hier, les élus du Peuple suivent Marisol Touraine dans sa folle politique de segmentation de la population et de financiarisation de la santé ?

2 - le rôle économique et social des petites mutuelles :

Les petites et moyennes mutuelles (PMM), ont réussi à surmonter les nombreux obstacles réglementaires, techniques et financiers dressés sur leur route, au cours des 2 décennies écoulées (durcissement des règles prudentielles, complexités administratives multiples, exigences exorbitantes de l'ACPR, lourde taxation des cotisations santé, ...).

Ces PMM sont autant de **Petites Entreprises** qui irriguent réellement le tissu de l'économie sociale et solidaire de ce pays, entretiennent avec leurs adhérents de vraies relations de proximité et font vivre la démocratie sociale.

Elles emploient (encore) des **salariés** ...

Au nom de quels intérêts collectifs faudrait-il qu'aujourd'hui les élus du Peuple contribuent à un assèchement organisé des activités des petites mutuelles, laissant la place à une poignée d'assureurs dont le lot commun demeure la réalisation de bénéfices pour leurs actionnaires ?

3 – l'adhésion forcée des invalides à une complémentaire :

1,5 millions de personnes en invalidité en France se verront appliquer une cotisation de complémentaire santé pour des garanties déjà remboursées par leur régime obligatoire. La segmentation de la complémentaire santé par les obligations de l'ANI, l'ACS et maintenant les SENIORS **supprimera** la solidarité intergénérationnelle, et ainsi les invalides **paieront** pour des prestations remboursées à 100% par le régime général.

Au nom de quels intérêts collectifs faudrait-il qu'aujourd'hui, que les invalides cotisent pour des contrats qui ne correspondent pas à leurs besoins ?

4 – l'obligation d'appartenance à un réseau de soin :

L'article 21 du PLFSS 2016 vient d'être retouché à la marge par les amendements en première lecture. Ainsi les grands principes d'une nouvelle segmentation de la population sont actés dans le projet qui aura force de loi dès le vote à l'AN.

Nous ne pouvons pas laisser les décrets finir le travail d'atteinte à la libre concurrence pour livrer toutes les populations segmentées aux seuls grands groupes avec les conditions fixées par le Gouvernement.

La ministre de la santé fait **de l'adhésion ou non de la mutuelle a un réseau de soins un critère déterminant** dans l'appel d'offre et donc de l'acceptation de sa candidature. Pour l'appel d'offres ACS, qui a vu seulement 11 grands organismes sélectionnés, l'utilisation par l'assureur d'un réseau de soins lui valait 5 points en plus sur un total de 100.

Après la liberté de choix de sa complémentaire c'est ni plus ni moins la liberté de choix de son praticien qui est **SUPPRIMÉE** ! A terme c'est la qualité de la médecine qui est compromise par cette étatisation de la santé...

Au nom de quels intérêts collectifs faudrait-il qu'aujourd'hui, que l'ensemble des personnes adhérentes à une complémentaire santé ne puisse plus discuter en Assemblée Générale des niveaux de cotisations et de prestations qu'elles souhaitent avoir.

Au nom de quels intérêts collectifs faudrait-il qu'aujourd'hui, que les adhérents à une complémentaire santé n'auraient plus le choix de leur praticien?

Doit-on laisser la démocratie participative, la responsabilité du citoyen, l'organisation de la santé tout au long de la vie être remplacée par une illusion du « low cost » qui demain imposera ses tarifs et autres marges arrières comme dans la grande distribution ?

Les mutualistes des PMM vous demandent donc, instamment de vous opposer aux dispositions de la future loi de financement de la Sécurité sociale qui sont contraires aux intérêts des populations les plus fragiles et vont provoquer la disparition des valeurs de solidarité et de liberté de choix qu'elles défendent.

Restant à votre disposition, recevez, Mesdames et Messieurs les parlementaires, l'expression de mes sentiments mutualistes les plus dévoués et respectueux

Jean-Louis SPAN



Président de l'ADPM