Des décisions du gouvernement qui augmentent les cotisations santé

29/11/2022

Alors que le pouvoir d'achat est aujourd'hui le premier sujet des ménages, le gouvernement le réduit en prenant des décisions qui augmentent le coût de l'accès à la santé

Comment ?

- En maintenant une taxe de 14,1% sur les cotisations mutualistes
- Et en décidant du transfert de au moins 300 millions d'€ de remboursement de la Sécurité sociale vers les complémentaire santé

Des décisions du gouvernement qui réduisent le pouvoir d'achat des ménages

Les cotisations santé, mois par mois

Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Taxes		**Prestations, services, prévention et frais de gestion**									

14,1% = 2 mois de cotisations **85,9%** **= 10 mois de cotisations**

Sans taxe, ce sont presque 2 mois de cotisations que les adhérents mutualistes n'auraient plus à payer.

Alors que la santé est un besoin vital de première nécessité, les taxes sur les cotisations mutualistes ont été multipliées par presque 9 depuis 2000 en passant de 1,75% à 14,1% en 2022. Une taxe « covid » est encore venue s'ajouter en 2020 et 2021 qui a pesé encore plus fortement. Ces taxes constituent une double peine pour les adhérents mutualistes :

- Les taxes sont un impôt déguisé sur le dos des adhérents mutualistes alors que le gouvernement a supprimé l'Impôt Sur la Fortune (ISF).
- Le pouvoir d'achat est amputé.

Autre impôt injuste : la dette portée par la CADES[1], largement creusée par des années de sous-financement de la Sécurité sociale, sera payée pendant 9 années supplémentaires. Financée exclusivement par les ménages *via* la CRDS et CSG, ce sont des impôts injustes s'appliquant indifféremment, sans progressivité, aux plus riches comme aux plus précaires.

Moins vous avez d'argent et plus vous payez !

Les taxes contribuent à renchérir le coût de la santé et obligent parfois à choisir des garanties moins protectrices qui peuvent être encore plus taxées. C'est le cas des garanties minimales ne couvrant que l'hospitalisation qui sont imposées à hauteur de 21%.

A ces taxes sur les cotisations mutualistes, s'ajoute une fiscalité sur les activités mutualistes avec, par exemple, la TVA à hauteur de 20% pour les dispositifs médicaux (lunettes, prothèses dentaires, audio, béquilles…) ou encore la taxe sur les salaires à 10%.

Résultat : une action de prévention des maladies cardiovasculaire est soumise à TVA à 20%. Le hamburger qui en est l'une des causes l'est à hauteur de 5,5%.

[1] Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale

>>> Interpellez les parlementaires de votre département et le Président de la République sur le site Internet www.pas-de-taxe-sur-ma-sante.fr

Des décisions du gouvernement qui augmentent les dépenses des adhérents mutualistes

Le reste à charge zéro sur le dentaire, l'optique et l'audioprothèse, appelé 100 % santé, est **financé en grande partie par les mutuelles, donc par les adhérents.** Cela représente une dépense de **1,57 milliard d'€**[2] **supplémentaire pour l'année 2021**. Cette réforme, qui favorise l'accès aux soins, était annoncée comme ne devant rien coûter aux assurés sociaux. Elle s'est traduite, dans la réalité, par une augmentation des remboursements mutualistes de plus de 5% en 2021, payés par les adhérents.

En 2023, le gouvernement persiste et prévoit encore un transfert supplémentaire de remboursement de la Sécurité sociale vers les complémentaires d'au moins 300 millions d'€. Cela représente *a minima* +1% de dépenses supplémentaires à la charge des adhérents mutualistes.

Ce sujet des transferts de charges sera débattu au sein d'un **comité de dialogue avec les organismes complémentaires** (CDOC) entre l'Etat, l'Assurance Maladie, les familles d'organismes complémentaires et l'UNOCAM. L'objectif de cette instance serait *« de travailler conjointement dans la durée sur des sujets structurels relatifs à la rénovation de notre système de santé. »* mais sa première tâche sera de définir le ou les postes de prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre du transfert prévu dans le PLFSS.

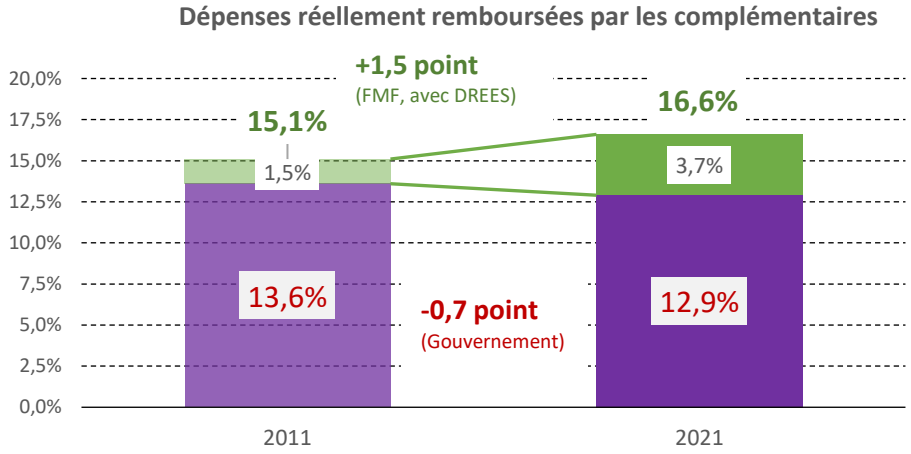
Pour les Mutuelles de France, ce comité ne doit pas être une « chambre des transferts ». Il ne sera utile que s'il permet une approche partenariale et collaborative AMO / AMC.

Diminuer les remboursements de la Sécurité sociale, c'est attaquer la solidarité

Les Mutuelles de France, organisme à but non lucratif, en complément de la Sécurité sociale et non en remplacement, condamnent la logique qui vise à faire payer à des solidarités privées ce qui devrait relever de la solidarité nationale.

Des chiffres tronqués pour justifier de nouveaux transferts

Le gouvernement justifie de nouveaux transferts de charge par la nécessité de rééquilibrer la répartition de la prise en charge entre Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et Complémentaire (AMC). Cette dernière aurait, en effet, fait des économies[3]. **Si le renforcement de l'AMO constituerait une excellente nouvelle, c'est hélas faux.**



Lecture : Selon le gouvernement, les mutuelles remboursaient 13,6% des dépenses de santé en 2011 et 12,9% en 2021, soit une baisse de -0,7 point. En prenant en compte l'ensemble des prises en charge des mutuelles, ce taux était de 15,1% en 2011 et passe à 16,6% 10 ans plus tard, soit une augmentation de +1,5 point.

[2] UNOCAM, Baromètre 100% Santé – avril 2022, page 5

[3] Les données suivantes sont issues des travaux de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS), organisme rattaché au Ministère de la Santé.

Pour arriver à la conclusion d'un recul de la prise en charge des complémentaires au détriment de la Sécurité sociale dans la Consommation de Services et Biens Médicaux (CSBM), le gouvernement :

- **Comptabilise dans les dépenses de la Sécurité sociale, des dépenses entièrement financées par les Complémentaires par le biais de taxes** ; c'est le cas du Forfait Patientèle et de la Complémentaire Santé Solidaire (CSS, dispositif regroupant les anciennes CMU et ACS) .
    - Cela a eu pour conséquence **de fausser les prises en charge respectives de l'Assurance Maladie Obligatoire et des Complémentaires**.
- **Prend en référence les années particulières 2020 et 2021, marquées par la COVID** pendant lesquelles **les dépenses** de la Sécurité sociale ont augmenté de façon exceptionnelles (+20 milliards d'€ en 2020, + 26 milliards d'€ en 2021, encore 12 milliards d'€ en 2022).
- **A l'inverse, ne prend pas en compte** des dépenses prises en charge par les complémentaires hors de la CSBM ; c'est, par exemple, le cas de la chambre particulière qui devient un véritable outil de financement des hôpitaux.

Cas pratique pour 2021

- Prestations versées directement par les Organismes Complémentaires selon le gouvernement : 12,9% de la CSBM[4]
- En réalité, en incluant les dépenses non comptabilisées par le gouvernement[5], **les Organismes Complémentaires prennent en charge l'équivalent de 16,6% de la CSBM**, soit une hausse de **+1,5 points par rapport à 2011** :

- Prestations versées par la Sécurité sociale mais financées intégralement par les OCAM :

+	Taxe Covid	+ 0,5 milliard d'€ en 2021	= +0,2 pt de la CSBM
+	Taxe TSA dédiée à la CSS	+ 3,2 milliards d'€ en 2021	= +1,4 pt de la CSBM
+	TSA finançant le budget Sécu	+ 2,4 milliards d'€ en 2021	= +1,1 pt de la CSBM
+	Forfait Médecin Traitant	+ 0,328 milliard d'€ en 2021	= +0,1 pt de la CSBM
+	Dépenses OCAM hors CSBM	+ 2 milliards d'€ en 2021	= +0,9 pt de la CSBM

- **Soit un total 2021 de + 8,428 milliards** financés par les OCAM, ce qui représente +3,7 points à ajouter aux chiffres avancés par le gouvernement

✓ Conclusions

La part des dépenses de santé prise en charge par les complémentaires n'a pas baissé contrairement à ce qu'affirme le gouvernement.

C'est même l'inverse, à force de déremboursement et d'affaiblissement de la Sécurité sociale, la part prise en charge par les Organismes Complémentaires a même augmenté de +2 points depuis 10 ans.

[4] Consommation de Soins et de Biens Médicaux : 226,3 milliards d'€ en 2021 dans les Comptes Nationaux de Santé 2021, page 135.
[5] Après intégration de la TSA, les Comptes Nationaux de Santé 2011 relève d'ailleurs que *« La part réelle des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM est ainsi plus élevée : 14,5 % au lieu de 13,7 %. »* page 194

Pour les Mutuelles de France #LaSantéEstUnDroit

Proposition #1 - Améliorer le niveau de prise en charge par la Sécurité sociale.

Proposition #2 - Renforcer le périmètre de la Sécurité sociale en prenant en charge la perte d'autonomie liée au handicap ou à l'âge.

Proposition #3 - Augmenter à hauteur des besoins l'ONDAM.

Proposition #5 - Garantir des droits pour tous en donnant accès, à toute la population, à une protection sociale de haut niveau.

Proposition #6 - Élargir l'assiette des cotisations sociales à l'ensemble des richesses produites.

Proposition #7 - Stopper les exonérations de cotisations sociales et rétablir le principe de compensation intégrale par l'État du coût des exonérations existantes pour le budget de la Sécurité sociale.

Proposition #8 - Sanctuariser le budget de la Sécurité sociale.

Proposition #9 - Réformer la CSG pour en faire une cotisation progressive en fonction des revenus et plus équilibrée entre les revenus du travail et ceux du capital.

Proposition #10 - Mettre en œuvre une réelle égalité salariale entre les femmes et les hommes.

Proposition #11 - Réformer la politique fiscale en faveur du bien commun.

Proposition #12 - Refondre les actuelles aides publiques à l'accès à une complémentaire santé dans un dispositif unique, progressif selon les revenus.

Proposition #13 - Supprimer les taxes sur les cotisations mutualistes.

>>> Retrouvez toutes nos propositions sur le site Internet www.lasanteestundroit.fr

Contact Lucas JOURDAIN
07 84 56 31 61
lucas.jourdain@mutuelles-de-france.fr

À propos de la Fédération des mutuelles de France | La FMF, présidée par Jean-Paul Benoit, regroupe près de 60 groupements mutualistes : 37 mutuelles complémentaires santé et de prévoyance 17 mutuelles ou unions gestionnaires de Services de Soins et d'Accompagnement Mutualistes. Ensemble, ces groupements protègent 2 millions de personnes et gèrent 270 établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Née en 1986 et héritière de la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs, la FMF est membre de la Fédération Nationale de la Mutualité Française depuis l'unification du mouvement mutualiste en 2000.