

Le Régime Local d'Assurance Maladie d'Alsace Moselle : un régime d'excellence à préserver !

Unser Land reconnaît la légitimité des objectifs gouvernementaux d'améliorer la protection sociale des salariés qui inspirent la loi du 14 juin 2013 portant généralisation obligatoire des assurances complémentaires.

Cependant la mise en œuvre de cette loi ne doit pas fragiliser le Régime Local d'Assurance Maladie, qui remplit déjà cette fonction d'assurance complémentaire obligatoire pour tous les salariés d'Alsace et de Moselle et constitue un modèle d'excellence en termes de gestion, d'efficacité et surtout de solidarité.

Unser Land exprime son attachement au Régime Local d'Assurance Maladie et demande qu'il puisse évoluer pour s'articuler sur la loi du 14 juin 2013 portant généralisation obligatoire des assurances complémentaires. Ainsi il pourra perdurer voire être étendu, dans l'intérêt du plus grand nombre.

Ainsi Unser Land demande une modification de la loi régissant le RLAM de manière à étendre le remboursement à 100% du panier de soin, au lieu de 90% actuellement, et à instaurer la participation de l'employeur au financement des prestations dues au salarié à la hauteur de celle décidée par la loi du 14 juin 2013, soit au minimum 50%.

L'assurance complémentaire de santé obligatoire que propose le RLAM est le prolongement naturel et logique, le plus efficace et le plus économique possible, du service public de Sécurité Sociale. Elle met en oeuvre une solidarité exemplaire entre les cotisants et les bénéficiaires, tout en préservant une gestion équilibrée, assurée par les représentants élus des salariés. Ce modèle d'autogestion, reposant sur un sens partagé de l'intérêt général, mérite d'être généralisé et proposé aux salariés de tous les territoires français.

Unser Land considère que les objectifs gouvernementaux d'amélioration de la protection sociale seront mieux servis par la généralisation de ce modèle, qui fait ses preuves et auxquels les affiliés sont attachés, plutôt qu'à travers des sociétés mutualistes ou privées à but lucratif, dont les charges de fonctionnement sont sans commune mesure avec celles du RLAM.

Le RLAM offre de fait une continuité parfaite, simple et efficace, avec le service public de Sécurité Sociale. C'est précisément un modèle de service public unifié et généralisé que le Législateur doit développer au lieu de favoriser les assurances du secteur privé : la santé n'est pas une marchandise !

Le Régime local, une chance pour les Alsaciens-Mosellans.

Dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle 1,6 millions de cotisants assurent à 2,9 millions de personnes un niveau de remboursement des frais de santé nettement supérieur à celui servi par la branche maladie de la Sécurité Sociale. Les cotisants sont les

salariés des entreprises du secteur privé installées dans les 3 départements. Sont exclus les fonctionnaires et des salariés des secteurs nationalisés (EDF, SNCF ...), ainsi que les professions agricoles et les commerçants.

Le financement des prestations couvertes est assuré moyennant une cotisation entre 0,75% et 2,5%, actuellement 1,5 %, assise sur les salaires et pensions brutes, dé plafonnée et recouvrée par les URSAFF. Le taux de cotisation est constant, quels que soient l'âge, les problèmes de santé ou la charge familiale.

Les bénéficiaires du RLAM sont ainsi non seulement les salariés actifs, mais aussi les privés d'emplois, les handicapés et invalides, les retraités ainsi que les ayants droits de ces catégories. Les personnes de ces catégories qui se retrouvent sous le seuil de pauvreté (905€/mois) sont exonérées de cotisation tout en bénéficiant des prestations. C'est le cas pour 1/3 des retraités.

Les assurances complémentaires du secteur marchand fonctionnant selon un principe de rentabilité proposent des taux de cotisation fluctuant en fonction de l'âge, du bilan de santé du salarié, du nombre d'ayants-droits.

Les assurances complémentaires prévues par la loi, dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise, ne couvrent que le seul salarié.

En cas de changement de contrat ou d'entreprise, leur gestion devient complexe, pour l'employeur comme pour le salarié.

Elles s'arrêtent en cas de cessation d'activité, après l'année de couverture par l'ASSEDIC, et au départ à la retraite. Il s'agira alors pour le chômeur ou le retraité de négocier un contrat personnel avec une assurance privée qui établira la cotisation forfaitaire en fonction de la fiche de santé ou de l'âge du demandeur. Celui-ci pourra être contraint à renoncer à une couverture complémentaire qui serait trop onéreuse. Il renoncera alors à certains soins ou sollicitera l'aide sociale, à la charge du contribuable.

Le RLAM permet d'éviter ce type de dérive.

Le niveau de solidarité entre les bénéficiaires du RLAM est très élevé en raison du caractère obligatoire concernant une très large fraction de la population ainsi qu'en raison d'une cotisation proportionnelle aux revenus.

Cette politique de solidarité est également facilitée par le faible coût de fonctionnement du RLAM puisqu'il est intégré à la Sécurité Sociale : le versement des prestations est effectué par les CPAM. C'est ainsi que les frais de fonctionnement sont de l'ordre de 1%. Le RLAM est géré de manière autonome par une représentation de salariés, en capacité d'adapter les recettes et les dépenses. La Cour des Comptes confirme la bonne gestion.

Au contraire les coûts de fonctionnement, publicité, démarchage, etc., des assurances privées du secteur concurrentiel peuvent varier entre 18 et 30%. (L'ensemble des frais de fonctionnement des complémentaires santé est équivalent au montant du déficit de la Sécurité Sociale, Didier Tabuteau)

Vertueux, le RLAM est cependant mis en péril par la loi du 14 juin 2013 :

L'introduction de la loi pose deux problèmes :

1. Les assurances complémentaires prévues par la loi assureront le remboursement à 100% du panier de soin. Le RLAM rembourse actuellement 90% de ce panier de soin. Le RLAM doit pouvoir s'aligner sur ce remboursement à 100%. Ceci impose une modification du code de la sécurité sociale dont relève le RLAM. Cet ajustement au droit commun applicable au 1er janvier 2016 est une des conditions de la survie du RLAM (qui autrement passerait à première vue pour moins intéressant).

2. La loi impose la prise en charge par l'employeur d'une part d'au moins 50% des cotisations. Pour garantir le principe d'égalité, et ne pas susciter un affaiblissement de l'attachement au régime local, il faut introduire une participation pour moitié de l'employeur dans la cotisation jusque là réglée exclusivement par le salarié. Ceci aura pour effet de neutraliser le coût de la cotisation supplémentaire exigible du salarié pour atteindre le remboursement à 100% du panier de soin, comme prévu par la nouvelle loi.

Cela introduit certes un engagement nouveau pour l'employeur des 3 départements concernés par le RLAM, jusque là dispensé de participer au financement de la complémentaire obligatoire du régime local. Mais cette nouvelle contribution sera moindre comparée à ce que représentera sa participation à la cotisation pour n'importe laquelle des assurances privées, plus élevée. L'employeur, loin d'être pénalisé par le RLAM revu, aurait au contraire, comme d'ailleurs le salarié, intérêt à la généralisation de ce système vertueux et efficace.

Le complément apporté par l'employeur à la cotisation du salarié actif qui sera maintenue (1,5% actuellement) permettra de couvrir au niveau du nouveau panier de soins aussi bien le salarié que les ayants droits et les privés d'emplois. Il s'agit là d'une élévation des prestations pour une grande partie des populations modestes sans augmentation de leurs dépenses. C'est une mesure qui va dans le sens du développement d'une accessibilité des soins pour tous.

Enfin tant pour le salarié que pour l'employeur le RLAM a l'avantage d'une grande simplicité en termes de gestion. La complémentaire de santé obligatoire que propose le RLAM consiste simplement en une extension logique du système de Sécurité Sociale.

Le RLAM offre de fait un service unique de Sécurité Sociale, simple et efficace. Il préfigure ce que pourrait et devrait être un service public d'assurance maladie unique et généralisé. C'est vers cela qu'il faut tendre et orienter l'action publique.

Andrée MUNCHENBACH

25 novembre 2015