



Il faut défendre à la fois les valeurs mutualistes et la Sécurité Sociale !

Nous ne mettons pas sur le même plan la mutualité et les compagnies d'assurances qui multiplient les efforts pour conquérir le marché de la santé et faire du profit sur notre santé. Nous sommes conscients de leurs tentatives de se substituer aux mutuelles historiques de la fonction publique.

C'est pourquoi nous sommes d'autant plus attentifs à ce que soient maintenues dans le fonctionnement de notre Mutuelle les valeurs de solidarité, de transparence, de proximité avec les adhérents et de démocratie qui sont les bases de l'esprit mutualiste et constituent les forces véritables de la mutualité.

C'est ce qui nous conduit à aborder un certain nombre de problèmes.

L'augmentation de 8 à 9 % des cotisations des contrats Multi santé 2 et Vita santé 2 en 2018. Cette augmentation considérable représente l'équivalent d'un treizième mois de cotisation. Elle pèse d'autant plus lourd sur les budgets que dans le même temps les agents ont subi le blocage de leurs traitements et les retraités ont vu leurs pensions amputées par l'augmentation de la CSG.

Interrogés, les représentants locaux de la Mutuelle nous ont répondu que l'augmentation a pour contre partie des prestations mieux remboursées et le renforcement de la première option, MAITRI SANTE.

Toutefois l'amélioration des prestations est très limitée. On ne voit donc pas comment celle ci peut justifier une augmentation aussi brutale des cotisations. Quant à la nécessité de renforcer la première option, Maitri Santé, afin d'attirer les jeunes agents selon l'argument qui nous a été avancé, la question mérite débat car est-ce bien de la solidarité que d'augmenter les cotisations de l'immense majorité des adhérents pour renforcer un système fondé sur la différenciation des risques selon l'âge ?

Faut-il rappeler que nous allons tous vieillir et que la solidarité consiste justement à mettre en commun une partie du salaire pour faire face aux risques auxquels nous aurons à faire face les uns après les autres ?

Faut-il rappeler que la sécurité sociale, parce qu'elle repose sur la solidarité entre salariés, ne fait aucune distinction selon l'âge ?

Or les adhérents se sont vus imposer d'en haut des augmentations massives de cotisations sans avoir été consultés. Qu'est-ce qui peut justifier que les adhérents de notre Mutuelle soient ainsi privés du droit de décider ?

Autre aspect : le contact avec l'adhérent, son information et la proximité qui sont normalement la marque d'un fonctionnement mutualiste. C'est ainsi que le président du nouveau groupe VYV constitué avec la MGEN, Harmony Mutuelle et la Mutuelle Nationale des Territoriaux, Thierry Beaudet, justifie l'existence des mutuelles en affirmant que « *les mutuelles revendiquent un ancrage de proximité* », il évoque « *le besoin des adhérents d'être accompagnés* ».

Or non seulement on est très loin du compte mais cela ne va pas en s'arrangeant.

Car, comment se fait-il que depuis le 1^{er} janvier l'adresse courrier de Balma ne soit plus renseignée sur les cartes mutualistes? Est-ce à dire qu'il n'est plus nécessaire, dans aucun cas, de fournir des factures justificatives, d'envoyer des feuilles de maladie? Comment se fait-il que les cartes mutualistes soient illisibles. Est-ce une façon de traiter les adhérents, notamment les plus anciens ?

Comment se fait-il que les permanences organisées par les conseillers mutualistes soient aussi peu nombreuses ? Dans le département, sauf à faire des dizaines de kilomètres, tous les adhérents extérieurs à Marseille et Aix en sont exclus, ce qui représente les adhérents de dizaines de communes : de Salon à Tarascon, en passant par Arles, Marignane, Martigues, Istres, Aubagne et La Ciotat. Sans parler des retraités qui ne sont pas informés de l'existence de ces permanences qui se tiennent de toute façon dans des locaux administratifs auxquels ils n'ont pas accès.

Ne s'agit-il pas là de problèmes qu'il faut traiter en urgence, auxquels il faut impérativement apporter une solution positive?

Et que dire de l'information sur le suivi des remboursements ? C'est devenu un véritable casse tête : pour une même prestation, nous recevons deux virements distincts avec parfois des imputations empêchant tout rapprochement, puis, souvent 4 à 6 mois après, les adhérents reçoivent enfin deux relevés d'information distincts. Ces courriers, jamais simultanés, sont envoyés au nom d'organismes dénommés MGEFI Solsantis puis MGEFI : comment s'y retrouver?

Résultat, une grande partie des adhérents ont renoncé à suivre leurs remboursements. Comment admettre la situation des retraités, plongés dans une impossibilité quasi absolue de suivre leurs remboursements alors que les dépenses de santé constituent un poste budgétaire important pour eux ? Pourtant, c'est humain : les erreurs existent. Mais si l'adhérent s'en aperçoit, ce qui n'a rien d'évident, il est confronté à une nouvelle difficulté : l'absence de liaison en cas de réclamation entre la sécu "Solsantis" et la mutuelle : c'est à l'adhérent de deviner qu'il doit porter sa réclamation auprès de chaque organisme !

Est-ce une façon mutualiste de traiter les adhérents ?

Il faut régler au plus vite ces problèmes : il faut que les adhérents puissent s'y retrouver dans les remboursements, que tous puissent disposer de l'assistance d'un conseiller mutualiste, que l'adresse soit à nouveau renseignée dans les délais les plus rapides sur la carte mutualiste, il faut que les décisions qui impactent les adhérents leur soient soumises, c'est à dire qu'on en revienne à l'organisation de véritables AG mutualistes avec prise de décision par les adhérents .

Il le faut car la défense des valeurs mutualistes l'implique.

Mais il faut aussi défendre la sécurité sociale. Certes, ce combat ne concerne pas que la mutualité, il concerne aussi les organisations syndicales car l'heure est grave. En effet, le gouvernement est en train progressivement de supprimer le financement dédié de la sécurité sociale :

Au 1^{er} Janvier 2018, il a supprimé les cotisations sociales salariales pour les remplacer par l'augmentation de la CSG. Au 1^{er} janvier 2019, le gouvernement s'apprête à remplacer le CICE par une exonération de plus de plus de 50 % des cotisations patronales. A ce rythme là, bientôt les patrons ne paieront plus rien et le financement, via la CSG, reposera quasi intégralement sur les épaules des salariés et des retraités.

Comment ne pas voir que cela entraînerait une véritable paupérisation de la sécurité sociale, une attaque en règle contre cet acquis fondamental qu'est l'hôpital public, c'est à dire une régression sociale majeure ?

Comment ne pas voir qu'en réduisant la sécurité sociale à la portion congrue, le gouvernement ouvre la voie du marché de la santé aux groupes financiers qui y voient la promesse d'un nouveau pactole. Car qu'est-ce que la santé d'autre pour eux qu'une rente pure et simple comme les autoroutes ou les aéroports, mais à une toute autre échelle !

Comment ne pas voir que dans ce cadre les groupes financiers se livreraient à une concurrence débridée contre les mutuelles historiques, ne leur laissant d'autre choix que de s'aligner sur leurs pratiques ou bien de disparaître face à la force de frappe financière des AXA et Cie ? Quel que soit le cas de figure, il en serait terminé des valeurs de solidarité de la Mutualité.

Oui le sort de la mutualité est lié au sort de la sécurité sociale !

C'est pourquoi, il faut combattre la liquidation de la sécurité sociale de 45, s'opposer aux exonérations patronales de cotisation sociale qui sapent les bases de la sécurité sociale (Non à l'augmentation de la CSG !) et défendre la couverture sociale obligatoire du niveau le plus élevé possible (dans la perspective du 100 % sécurité sociale) contre la volonté des groupes financiers de mettre la main sur le « marché » de la santé. La mutualité, notre Mutuelle doit prendre toute sa place dans ce combat aux côtés des organisations syndicales car défendre la sécurité sociale, c'est défendre la pérennité des valeurs mutualistes.