



La « Grande Sécu »

une mauvaise réponse à une question
que les Français ne se posent pas

La « Grande Sécu »

une mauvaise réponse à une question que les Français ne se posent pas

La crise sanitaire que nous traversons depuis deux ans met notre système de santé à rude épreuve. Cette épidémie a révélé l'engagement des professionnels de santé dans leurs missions et la capacité d'adaptation de notre organisation des soins, publique comme privée. Mais elle a aussi mis en lumière l'urgence à procéder à de vastes transformations : revalorisation des carrières de professionnels de santé, investissement dans l'hôpital, réorganisation du premier recours, investissements dans la recherche, meilleure articulation par les Agences régionales santé entre secteur hospitalier public et secteur hospitalier privé (lucratif ou non)...

Au plus fort de l'épidémie, les complémentaires santé ont répondu présentes :

l'articulation entre l'assurance-maladie obligatoire et les complémentaires santé a tenu bon. Si l'assurance-maladie obligatoire a pris certains actes en charge à 100 %, comme les tests, les vaccins, les complémentaires santé ont joué leur rôle en prenant en charge les soins inhérents à une hospitalisation (chambre particulière, dépassements d'honoraires...), et tous les autres soins non liés au Covid. Pour soulager les hôpitaux publics au plus fort de la crise, les établissements de soins mutualistes ont également été mis à contribution en accueillant des malades du Covid, en délestant les hôpitaux publics de malades non Covid et en participant activement à la campagne de vaccination.

Aujourd'hui, la priorité n'est pas à l'instauration d'une « Grande Sécu » :

la Sécurité sociale n'est pas solidaire par nature. Aujourd'hui, elle connaît des déficits structurels de l'ordre de 15 milliards d'euros et les prises en charge de soins ne sont plus garanties « à chacun selon ses besoins ». Les séjours hospitaliers notamment peuvent laisser des dépenses très élevées à la charge des français et de leurs complémentaires. La Sécurité sociale est défailante dans sa capacité à assurer les solidarités entre les générations. Cette réforme, qui vise à étatiser les complémentaires en engageant des milliards d'euros d'argent public pour, *in fine*, dégrader les niveaux de remboursement sans répondre aux grands défis, ne fait pas partie des grandes préoccupations des Français en matière de santé. Ils se posent plutôt les questions suivantes : comment réduire les déserts médicaux qui ne cessent de croître ? Comment réduire les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous avec son médecin spécialiste ? Comment éviter l'engorgement des urgences ? Comment faire face à la dépendance de nos aînés ? Comment rendre plus attractives les carrières de certains professionnels de santé (aides-soignants, infirmiers...) ? Comment préparer notre système de santé à faire face à de nouvelles crises, qui ne manqueront pas d'arriver ? Comment retrouver une plus grande indépendance en matière de recherche et de ressources humaines ?

Hors sujet, en mettant à bas un système qui fonctionne, la « Grande Sécu » dégraderait le pouvoir d'achat des Français, empêcherait le libre choix de sa couverture complémentaire, briderait la capacité d'innovation du système... Pour finir, l'étatisation des mutuelles entraînerait la disparition de milliers de centres de santé, de cliniques sans dépassement d'honoraires, d'Ehpad, de crèches... **C'est l'ensemble de ces impacts qui sont détaillés dans ce cahier.**



Les fausses promesses de la « Grande Sécu »

**La couverture des besoins de santé en France
c'est une double originalité :**

- **une intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé ;**
- **le reste à charge le plus faible pour les ménages des États de l'OCDE en dépit du panier de prise en charge des dépenses de santé le plus étendu.**

Or depuis près de 20 ans, ce système efficace pour le pouvoir d'achat des Français est rendu de plus en plus lourd et coûteux sous l'effet d'un interventionnisme croissant des pouvoirs publics pour taxer les contrats des complémentaires santé et standardiser le marché des complémentaires tout en intensifiant la concurrence, ce qui alourdit le poids et le coût de la gestion de l'ensemble du système.

Dans le même temps, ces dernières années, la part de la Sécurité sociale s'accroît régulièrement au détriment de celle des complémentaires (76,3 % en 2012, 78,2 % en 2020) avec notamment l'élargissement progressif du dispositif CMU-Complémentaire santé solidaire.

Pour certains, il est tentant de penser que l'étatisation des complémentaires santé résoudrait toutes les difficultés liées à l'alourdissement et à la complexification des dispositifs de gestion de la protection sociale. Pour ses partisans, les atouts de cette étatisation seraient de trois ordres : plus d'équité et de solidarité ; plus de simplicité et d'efficacité ; plus d'universalité.

Pour séduisantes qu'elles soient, ces promesses seraient forcément contredites par la réalité. Alors que la couverture des besoins de santé des Français est d'ores et déjà généralisée, l'étatisation des complémentaires santé pourrait entraîner des conséquences à l'opposé des objectifs recherchés sans répondre aux principales préoccupations des Français en matière de santé : déserts médicaux, accès rapide à un spécialiste, prise en charge de la dépendance, pris en charge de la santé mentale.



ÉQUITÉ ET SOLIDARITÉ

> Les promesses

Pour les tenants de l'étatisation, chaque citoyen cotiserait pour les dépenses de santé de tous en fonction de ses moyens et recevrait en fonction de ses besoins. Ce serait le retour à la promesse initiale de la Sécurité sociale avec une mutualisation du financement de l'intégralité des dépenses de santé et la garantie d'un égal accès aux soins.

> La réalité

Une augmentation durable et non soutenable des dépenses publiques : hormis le coût lié à l'étatisation des complémentaires santé (transferts de propriété, dédommagements, traitement social du chômage), la « Grande Sécu » générerait 36 Mds € de prélèvements annuels supplémentaires pour les Français.

- 29 Mds € correspondant aux remboursements actuels des complémentaires santé.
- 2 Mds € correspondant aux frais pour les personnes non couvertes par une complémentaire (4 % des Français).
- 5 Mds € correspondant à la « taxe de solidarité additionnelle » aujourd'hui prélevée sur les contrats des complémentaires santé pour financer prioritairement la Complémentaire Santé Solidaire (ex-CMU et ACS).

Une restriction serait donc nécessaire et le « 100 % »

laisserait 10 Mds € à la charge des ménages : Le « panier Grande Sécu » serait restreint à une partie seulement de la dépense, laissant environ 10Mds € de dépenses à la charge des ménages, aujourd'hui remboursés par les complémentaires :

- dépassements tarifaires : honoraires médicaux et dépassements tarifaires sur les actes des paniers du 100 % santé,
- prestations non couvertes par la Sécurité sociale : forfaits hospitaliers et chambres particulières à l'hôpital notamment.

Un système à deux vitesses à l'inverse de l'objectif de solidarité :

face à ces restes à charge se poserait la question de l'inégalité des Français face aux soins. Renaîtraient de ce fait des assurances supplémentaires, régulées par les seuls mécanismes de marché, pour des clients aisés, à l'inverse des objectifs de la « Grande Sécu ». Les Français les plus fragiles économiquement en seraient les premières victimes n'ayant d'autre alternative que de subir ces restes à charge. La sélection des risques et les hausses de tarifs conduiraient en effet à une éviction de la couverture assurantielle des personnes ayant des dépenses de santé élevées ou de faibles revenus, avec des conséquences certaines en matière de renoncement aux soins.

Prélèvements
annuels
supplémentaires
générés par la
« Grande Sécu »
pour les Français

36
Mds €



Le Royaume-Uni et l'Espagne : des systèmes nationaux de santé à deux vitesses

Au Royaume-Uni, le système de santé, le National Health Service, est un système public financé par l'impôt et sans avance de frais pour les patients. Ce système est structurellement sous financé (le Royaume-Uni consacre 9,7 % de son PIB à la santé, un taux inférieur à celui de la plupart des États d'Europe occidentale, par exemple : 11,3 % pour la France¹), avec des établissements et des professionnels de ville engorgés (près de 10 % des patients ont attendu plus de 18 semaines avant d'être admis à l'hôpital en 2017 et 20 % des personnes atteintes d'un cancer ont dû patienter plus de 62 jours avant de commencer un traitement²). Par ailleurs, le panier de soins exclut notamment les médicaments, l'optique, le dentaire et les chambres particulières à l'hôpital. Plus d'un Britannique sur dix², et bien plus parmi les plus aisés (38 % sur le dernier quintile de revenus)³, se tourne alors vers des assurances privées pour contourner les listes d'attente et le parcours de soins imposé et élargir la liste des prestations remboursées.

Le système de santé espagnol s'inspire du NHS : un système public, universel, financé principalement par l'impôt et sans avance de frais. Pour des raisons largement similaires, 16,5 % des Espagnols recourent à une assurance privée² et à une offre médicale et hospitalière privée non conventionnée avec la Sécurité Sociale espagnole.

Enfin, au Royaume-Uni comme en Espagne, les restes à charge des ménages sont plus élevés qu'en France, respectivement 16 % et 24 %¹, contre seulement 9 % en France en 2017. Selon une étude internationale, les tarifs des couvertures assurantielles pour les expatriés y auraient connu de fortes augmentations ces cinq dernières années (+43 % pour le Royaume-Uni).


1 - Source : OCDE statistiques

2 - Source : NHS, monthly performance statistics summary, 2017

3 - Office of National Statistics, 2017

Dette et augmentation des prélèvements obligatoires : même limité à un champ restreint, le scénario serait coûteux. Avec un panier restreint au tarif de la Sécurité sociale, il faudrait trouver 26 Mds € supplémentaires qui amputerait d'autant le pouvoir d'achat des ménages et la compétitivité des entreprises.

26 Mds €, c'est un montant supérieur à celui du CICE (20 Mds € en 2019) ce qui reviendrait à annuler les efforts accomplis ces dernières années pour améliorer la compétitivité des entreprises en augmentant d'environ 4 % le coût du travail. Sans compter que l'État choisirait alors de substituer un prélèvement direct, non négociable, à une cotisation librement consentie et négociable.



Un financement excluant totalement l'endettement nécessiterait d'augmenter d'autant les prélèvements via la CSG (hausse de 2 points). Pour le financer, il faudrait donc mixer recours à l'endettement et hausse des prélèvements.

La partie du financement reposant sur l'endettement transférerait les dépenses actuelles aux générations futures alors même que la dette publique a bondi avec la pandémie, atteignant 116 milliards d'euros en 2021, avec un service de la dette de 1,6 milliard, et que d'autres besoins nécessitent des financements importants, comme la prise en charge de l'autonomie et la prise en compte de la transition écologique. Cette dernière aura effectivement des conséquences sur le financement de la protection sociale, en raison des transformations des modes de production, du ralentissement possible de la croissance dans certains secteurs de l'économie, et sur la hausse des dépenses de santé liée au changement climatique.

Un affaiblissement paradoxal de la Sécurité sociale :

L'AMO transfère régulièrement des prises en charge vers les complémentaires pour concilier l'accroissement continu des dépenses de santé avec les contraintes pesant sur le financement public. Sans cette facilité assurée par les complémentaires santé, et singulièrement par les mutuelles qui couvrent un Français sur deux et même près de 80 % des plus de 70 ans, la soutenabilité financière de la Sécurité sociale serait durablement fragilisée.



SIMPLICITÉ ET EFFICIENCE

> Les promesses

Avec un seul flux de remboursement et moins de démarches administratives, un seul interlocuteur est plus simple que deux. De plus, un payeur unique mettrait fin au doublonnage des frais de gestion : 15,7 Mds € au total dont 7,5 Mds € pour les AMC, qui pourraient être soit économisés soit réinvestis dans le système.

> La réalité

Un système qui resterait mixte : le périmètre réel de la « Grande Sécu » ne couvrant pas 100 % des dépenses, des assurances privées se développeraient au profit des Français pouvant y accéder pour couvrir les 10 Mds € de restes à charge. Pour cette partie de la population, il y aurait donc toujours un système mixte, avec toujours autant de démarches voire plus avec la disparition des systèmes de tiers-payant.

Des économies sur-estimées sur les frais de gestion : les frais de gestion des complémentaires santé ne seront pas entièrement supprimés si la Cnam reprend à sa charge une partie des personnels des complémentaires et des prestations qu'elle ne rembourse pas aujourd'hui. Elle sera donc amenée par exemple, à développer de nouvelles solutions informatiques. À ces dépenses, s'ajouteraient les coûts d'un plan social et de l'indemnisation chômage des salariés des mutuelles parmi les 75 000 qui ne seraient pas intégrés aux effectifs de la Cnam.

Les apports des mutuelles : Le modèle français repose sur un haut niveau d'intervention de la Sécurité sociale, garant d'une réduction des inégalités. Il repose aussi sur les complémentaires santé qui connaissent plus directement leurs adhérents et qui leur apportent solidarité entre bien portants et malades, innovation et agilité, avec la possibilité de couvrir des besoins supplémentaires à ceux pris en charge par la Sécurité sociale (téléconsultation depuis une dizaine d'années, prévention, santé mentale, etc.).

Par ailleurs, les mutuelles, par l'ensemble de leurs activités, ont un effet positif beaucoup plus important pour les Français que le strict remboursement des soins : prévention, offre de soins et d'accompagnement sur tout le territoire, crèches, actions sociales... C'est l'ensemble de ces impacts mutualistes qui seraient remis en cause avec la « Grande Sécu ».



UNIVERSALITÉ

> Les promesses

Avec la protection universelle maladie, l'affiliation à la Sécurité sociale est de droit, alors que la couverture complémentaire repose encore principalement sur un choix.

> La réalité

Une restriction des libertés et de la proximité : le système à double étage offre aux Français une liberté de choix pour ajuster leurs garanties complémentaires à leurs besoins de santé, à leur situation familiale et professionnelle et à ce qu'ils sont disposés à supporter en termes de coûts. Dans le cadre des contrats collectifs, le dialogue social en entreprise permet d'adapter les garanties et les services en prévention aux risques professionnels. Il s'agit ici d'une « redistributivité choisie ». En imposant un panier de soins, la « Grande Sécu » empêche toute personnalisation et recentralise les relations des Français avec le système de protection sociale.

En imposant des honoraires limités de facturation et des prix limites de vente aux tarifs de la Sécurité sociale, la « Grande Sécu » interdirait la liberté tarifaire en cours depuis 1980 à un certain nombre de médecins alors même que ces tarifs « Sécu » sont de plus en plus déconnectés des pratiques et que le secteur 2 est majoritaire dans un certain nombre de spécialités chirurgie, gynécologie,....



EN CONCLUSION

Le système actuel présente indiscutablement des faiblesses (principalement en termes d'équité et de soutenabilité pour une partie de la population) et il ne permet pas de répondre à des enjeux cruciaux (dépendance, santé mentale, innovation) mais l'étatisation envisagée avec la « Grande Sécu » n'y apporterait pas de réponse. Il pourrait même conduire à en dégrader certaines caractéristiques. Rien non plus ne laisse présumer de son acceptabilité sociale, que ce soit celle des Français ou des professionnels de santé⁴.

Plutôt qu'un « grand soir » et des lendemains qui déchantent, il faut capitaliser sur les atouts de notre système et en corriger les inconvénients. Ainsi, l'urgence de premier ordre est de s'assurer que tous les Français quels que soient leur état de santé, leur situation professionnelle et leur âge, puissent être couverts par une complémentaire, par le biais de mécanismes limitant les restes à charge et assurant que les dépenses de santé et de dépendance ne pèsent trop dans le revenu.

4 - Évolution du regard des Français sur la protection sociale et sur les politiques de solidarité au cours de vingt dernières années, Crédoc, collection des rapports, décembre 2015 : seulement 14 % des Français déclarent qu'il faut changer radicalement l'orientation du système.

Pourquoi casser un partenariat efficace ?

A - Bilan : le système de santé en France est efficace

1. Le système de santé français couvre une palette de soins des plus larges au niveau international : médicaments, médecins, soins infirmiers, analyses médicales, optique, dentaire, audioprothèse, hospitalisation, transports médicaux.
2. En 2019, avant la crise liée au Covid, sur 100 € de dépense de santé, 93 € sont pris en charge par les mutuelles et la Sécurité sociale. Au total, en moyenne, seulement 18 € par mois restent à la charge des Français.
3. C'est le meilleur remboursement des dépenses de santé en Europe, ce qui explique que les Français soient attachés à leur mutuelle comme à la Sécurité sociale.
4. Si les personnes malades peuvent être soignées en France dans les meilleures conditions et pour un coût financier personnel limité, c'est parce que les dépenses de soins sont largement couvertes par des mécanismes collectifs qui reposent sur les mutuelles et sur la Sécurité sociale et parce que les mutuelles offrent également des services de soins et d'accompagnement ouverts à tous, partout en France, à tarifs accessibles, en complément à l'offre publique et privée.

B - Ce système repose sur deux grands acteurs complémentaires et indissociables :

la Sécurité sociale et les mutuelles. La première garantit un premier niveau de solidarité, les secondes assurent le complément indispensable pour améliorer l'accès aux soins pour tous et pour réduire le renoncement aux soins :

- en renforçant la solidarité vis-à-vis des personnes malades,
- en apportant davantage de liberté par le choix d'une couverture ajustée aux besoins et aux priorités de chacun,
- en évitant le recours à un endettement supplémentaire de la Sécurité sociale qui repousse son remboursement sur les plus jeunes. À la fin de l'année 2021, la dette portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) s'élèvera à 116 milliards d'euros. En 2020, les intérêts payés par la CADES se montent à 1,6 milliard d'euros.

C'est l'addition des apports de la Sécurité sociale et des mutuelles qui assure aux Français un haut niveau de protection en santé. Une vraie solution pour éviter que l'on soit soigné différemment selon son niveau de revenu : « un système à deux piliers plutôt qu'un système à deux vitesses ».

C - Ce système doit cependant être amélioré. Les réponses passent nécessairement par les mutuelles car leurs solutions et leurs expertises (offre de soins et d'accompagnement alliant qualité et tarifs maîtrisés, prévention, services, innovation, coordination des parcours de soins...) répondent justement aux dysfonctionnements identifiés, comme la persistance de RAC élevés, le manque de prévention, etc.

Derrière la fausse promesse de la « Grande Sécu », il y a une étatisation d'un système qui porte des risques majeurs

1. **Moins de solidarité et plus de reste à charge**, car la « Grande Sécu » se limitera aux tarifs sécu : les dépassements d'honoraires, le forfait hospitalier, une grande part des dépenses d'optique, de prothèses dentaires et des aides auditives ne seront pas couverts par la Sécurité sociale, ce qui conduit à un recours inéluctable aux assurances privées, avec, sur le modèle anglais, une médecine pour les riches et une autre pour les pauvres.
2. **Moins de liberté de choix pour tous** : les mutuelles permettent de répondre aux besoins individuels : niveau de remboursement, chambre individuelle, implants dentaires, chirurgie réfractaire, ostéopathie...
3. **Moins d'agilité et d'innovation** : les mutuelles sont à l'origine de la plupart des innovations de notre système de soins, notamment à travers leur rôle précurseur en matière de prise en charge financière des soins : déploiement de la téléconsultation, prise en charge des consultations de psychologues, développement des politiques de prévention (remboursement d'actes, rendez-vous sur des thématiques spécifiques, information santé, activité physique adaptée)...
4. **Moins de rigueur dans la gestion des équilibres financiers** : les frais de gestion des mutuelles pour rembourser les soins sont les mêmes que ceux de la Sécurité sociale (4 % du total des soins remboursés) alors que les mutuelles équilibrent leur budget et s'interdisent de reporter le coût des dépenses de santé sur les générations futures via une dette qui pèse aujourd'hui 116 Mds €.