

Choisir la Sécu comme complémentaire, est-ce vraiment réaliste ?

André Grimaldi

26 JANV. 2017 —

Madame, Monsieur,

vous avez signé la pétition pour refuser la privatisation du financement des soins courants, hors maladies graves et de longue durée, que proposait initialement François Fillon. Les candidats à l'élection présidentielle qui ne s'engagent pas à garantir au cours du prochain quinquennat au moins le taux de remboursement actuel, sont prêts à rompre le consensus républicain scellé en 1945.

Le compromis historique de notre modèle de financement comportait un double financement : 80% par la Sécu et 20% à la charge du patient, soit directement de sa poche, soit par la souscription à une assurance privée complémentaire le plus souvent mutualiste. Où en sommes-nous aujourd'hui ? Les complémentaires remboursent 13.5% des dépenses de santé tandis que la Sécu prend en charge en moyenne 76.5% de l'ensemble des dépenses. Mais si elle rembourse à plus de 90% les maladies graves et de longue durée (ALD) elle rembourse en moyenne à moins de 50% les soins courants (et beaucoup moins les soins dentaires, d'optique et d'audition). Il y a donc un risque important de fragilisation de la solidarité entre les personnes bien-portantes souvent jeunes et les malades souvent plus âgés. D'autant que, comme tous les grands pays développés, nous allons devoir dans les années à venir augmenter nos dépenses de santé pour permettre à tous d'avoir accès aux progrès médicaux. Pour qu'une large majorité de la population consente à cette augmentation des ressources consacrées à la santé, il faudra parallèlement réduire les gaspillages (les doublons et les prescriptions injustifiées) et les rentes que perçoivent certains industriels et prestataires de santé. Il faudra aussi réduire les coûts de gestion : 7 milliards de frais de gestion de la Sécu auxquels viennent s'ajouter 6.8 milliards des assurances privées complémentaires. Un des moyens serait de permettre à ceux qui le souhaitent de choisir la Sécu comme complémentaire. On objecte souvent sa prétendue complexité à l'idée que la Sécurité sociale puisse être choisie comme complémentaire. Pourtant quoi de plus simple que de faire rembourser la totalité des soins par un seul financeur ?

Cela évite les doublons entre l'assurance maladie obligatoire et l'organisme complémentaire. Cela économise des frais de gestion. Cela permettrait même, si nous avions tous la Sécurité sociale comme seul financeur, d'économiser de considérables dépenses de marketing et de publicité imposées par la concurrence entre organismes complémentaires. Cela simplifierait considérablement le travail des professionnels de santé libéraux, des officines de pharmacie, des laboratoires de biologie comme des cliniques et des hôpitaux qui n'auraient plus à rechercher auprès de centaines d'organismes complémentaires l'interlocuteur prenant en charge une partie des frais.

En fait, ce système est déjà appliqué depuis 1946 avec succès dans une région. Le régime d'assurance maladie d'Alsace Moselle joue, en effet, un rôle d'assurance complémentaire pour une partie des soins. Enfin, les bénéficiaires de la CMU complémentaires ont le droit de choisir pour leur protection complémentaire, soit une mutuelle ou une compagnie d'assurance, soit une complémentaire gérée par la Sécurité sociale. Et à 95%, ils choisissent la Sécurité sociale. En réalité, la complexité tient à l'obligation d'avoir deux financeurs différents pour le remboursement des mêmes soins !

Nous vous remercions d'avoir signé la pétition, de continuer à la faire signer et de diffuser (et discuter) nos propositions pour une refondation de la Sécurité sociale

Le Collectif pour une Santé Egalitaire et Solidaire