

« Grande Sécu » : mauvaise pioche pour le contribuable

Article rédigé par *ifrap.org*, le 18 novembre 2021

Source [ifrap.org] La « grande Sécu » ? La nouvelle lubie à la mode du ministère de la Santé. Avoir la peau des complémentaires et des mutuelles pour faire une grande Sécurité sociale monolithique financée sur le dos de ceux qui paient des impôts. Tout cela pour nous rembourser vraisemblablement moins bien au final.

Cette tribune a été publiée dans les pages des Echos, le mardi 16 novembre. A voir, [en cliquant ici](#).

Bref, il se prépare une mutation de notre système de soins où le reste à charge est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE, le tout sur l'autel d'une Caisse nationale de l'assurance-maladie (CNAM) hyperpuissante gardant les données de santé sans les utiliser pour améliorer les traitements, n'accompagnant pas dans le parcours de soins et ne faisant quasiment pas de prévention et d'innovation. Bref, une mauvaise affaire pour les contribuables-assurés-patients que nous sommes.

Cela fait penser à une proposition ballon-d'essai-qui-ne-dit-pas-son-nom pour la campagne 2022 ou à la grande réforme systémique des retraites qui devait être un « big bang » et qui a fait « pschitt ». Déjà, comme dans un film d'anticipation, le projet de loi de financement de la Sécu pour 2022 présente une mesure qui automatise l'attribution de la complémentaire santé gratuite aux bénéficiaires du RSA en la faisant gérer, pour ceux qui ne refusent pas expressément, par qui ? ... Par la CNAM, voyons !

Oui, notre système de santé est administrativement parlant le plus coûteux de la zone euro. Oui, il pourrait coûter entre 4,5 et 7 milliards de moins par an si on avait un système de santé bien géré comme en Suisse ou aux Pays-Bas. Mais ces systèmes efficaces ne sont pas des systèmes de santé avec une caisse unique et omnipotente. Au contraire, ils ont des assureurs en concurrence régulée au premier euro.

Etonnamment, dans le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie, la suppression du double étage de frais de gestion doit se faire par la suppression des assureurs privés et des mutuelles. Pourquoi aucun des scénarios ciblés n'envisage-t-il de supprimer le double compte en déléguant à des assureurs santé la gestion de l'ensemble des dépenses santé, ce qui est pourtant le cas néerlandais ou suisse ? Mystère.

Si le rapport rentrait dans une véritable comparaison équitable de la performance des coûts de gestion entre caisses primaires d'assurance-maladie (CPAM), mutuelles et assureurs de santé, ce ne serait pas forcément à l'avantage de la CNAM... L'efficacité des complémentaires santé ne doit pas se mesurer par rapport au montant des remboursements effectués, mais bien par rapport au nombre d'actes traités, une information étonnamment peu documentée. Et, dans les comparaisons qui sont fréquemment citées ne sont pas pris en compte les coûts de recouvrement pour l'Assurance-maladie (assurés par les Urssaf) ou bien encore les frais financiers liés à l'endettement.

Retrouvez l'intégralité de l'article [en cliquant ici](#)

